



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

Bioética e Enfermagem: pontes e barreiras entre a imagem do bom enfermeiro e a Enfermagem como prática profissional

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa para

obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Área de
Gestão de Serviços de Enfermagem

por

Cátia Isabel Marranita dos Santos

LISBOA

Dezembro, 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Bioética e Enfermagem: pontes e barreiras entre a imagem do bom
enfermeiro e a Enfermagem como prática profissional**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa para

obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Área de
Gestão de Serviços de Enfermagem

por

Cátia Isabel Marranita dos Santos

Sob orientação de

Prof.^a Doutora Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli

Prof.^a Doutora Margarida Vieira

LISBOA

Dezembro, 2012

Agradecimentos:

A todos os professores que aceitaram participar no estudo partilhando as suas concepções acerca deste tema. A disponibilidade, atenção, simpatia e prontidão com que sempre me receberam foi notável. A todos eles o meu sincero obrigado.

À senhora Professora Doutora Elma Zoboli pela orientação e tempo dispensados.

À senhora Professora Doutora Margarida Vieira que também colaborou na orientação e me permitiu cumprir este meu objetivo académico.

À UCP que aceitou colaborar no estudo.

A toda a minha Família, a todos vós, o meu muito obrigada por todo o amor, paciência, compreensão e ânimo!

MUITO OBRIGADA!

*“(...) muitas vezes brinco com os enfermeiros quando me perguntam o que é o enfermeiro ideal e eu digo:
“É o enfermeiro que se veste de branco.”
(...) branco é a junção de todas as cores, é como o arco-íris, quando nós não vemos o arco-íris é porque as cores estão todas juntas, portanto é um enfermeiro harmonioso, (...) que tenha crescido em todas as vertentes, mas (...) que sabe procurar a harmonia do outro também, portanto o encontro da harmonia do outro, do bem estar do outro e... da felicidade(...)”*

(E15)

SUMÁRIO:

	Folha
I – Introdução	8
II - Objetivos.....	20
III - Percurso metodológico	21
3.1. Tipo de Estudo.....	21
3.2. Cenário	21
3.3. Sujeitos de Pesquisa	22
3.4. Recolha de Dados	27
3.5. Organização dos Dados	29
3.6. Referencial de Análise	31
3.6.1. Aspetos do Cuidar.....	31
3.6.2. Realidade da Profissão de Enfermagem	33
3.6.3. Representação Social do Bom Enfermeiro	35
3.6.4. Evolução da Bioética	37
IV – Discussão dos Resultados.....	43
4.1. Escolha das imagens	43
4.2. Perspetivas da Imagem do Enfermeiro Ético.....	47
4.3. As perspetivas da imagem de enfermeiro ético e as vertentes da Bioética	62
4.4. A imagem de enfermeiro ético e a enfermagem como prática profissional.....	73
V - Considerações Finais	77

VI - Referências Bibliográficas	82
VII – Anexos	86
<u>Anexo 1</u> – Imagens	
<u>Anexo 2</u> - Dados demográficos para caracterização da amostra	
<u>Anexo 3</u> - Termo de consentimento livre e informado	
<u>Anexo 4</u> – Declaração de Autorização de Participação no Estudo	
<u>Anexo 5</u> – Autorização da UCP para realização do Estudo	

RESUMO

Marranita CI. **Bioética e Enfermagem: pontes e barreiras entre a imagem do bom enfermeiro e a Enfermagem como prática profissional.** Lisboa; 2012. [Tese de Mestrado – Universidade Católica Portuguesa (UCP)].

Estudo qualitativo, no qual foram entrevistados 16 enfermeiros docentes a tempo integral na UCP de Lisboa, com os objetivos de identificar, na perspetiva de formadores de futuros profissionais de enfermagem, pontes e barreiras entre o que é ser um bom enfermeiro e a enfermagem enquanto prática profissional. Num primeiro momento da entrevista, solicitou-se aos docentes que escolhessem de entre um rol de fotografias pré-selecionadas a que melhor traduzisse o que é ser enfermeiro, justificando a sua escolha, em seguida pedia-se o descrevessem enquanto bom enfermeiro. Os resultados indicam que os docentes caracterizam o bom Enfermeiro como aquele que é competente aos mais diversos níveis; não descarta o aperfeiçoamento profissional/ atualização contínua dos seus conhecimentos; prima pela excelência no exercício da profissão; protege e defende a pessoa humana das práticas que contrariem a lei a ética ou o bem comum; assume o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido; colabora com outros profissionais em programas que respondam às necessidades do doente/família/comunidade; respeita a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa; mantém um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão; encontrando-se subentendidos os enfoques da bioética: principalista, virtudes e o cuidar ético. Determinaram-se como fatores facilitadores da boa prática a centralização do cuidado no utente; o levantamento participativo das necessidades do doente, a competência profissional; o cuidado horizontal; a proximidade terapêutica; a satisfação profissional; a autonomia profissional; e a atualização dos conhecimentos, sendo que a centralização do cuidado na técnica; a determinação externa das necessidades do doente; a incompetência profissional; o cuidado vertical; o distanciamento terapêutico; a insatisfação profissional; a subordinação/subserviência; e a estagnação dos conhecimentos, funcionam como entraves à boa prática de enfermagem.

Descritores: Bioética. Temas bioéticos. Enfermagem, Ética. Bom enfermeiro, ética.

SUMMARY

Marranita CI. **Bioética e Enfermagem: pontes e barreiras entre a imagem do bom enfermeiro e a Enfermagem como prática profissional.** [Bioethics and nursing: bridges and barriers between the image of the good nurse and nursing as professional practice.] Lisbon, Portugal; 2012. [master's thesis – Catholic University of Portugal (UCP)].

This is a qualitative study, with the objective of identifying, in the perspective of trainers of future nursing professional, bridges and barriers between what it means to be a good nurse and nursing while professional practice. The research subjects were 16 nurses, full-time teachers at UCP of Lisbon. At first, teachers were asked to choose from among a roster of pre-selected photographs that better express what it is like to be a nurse, justifying his choice then asked them to describe as a good nurse. The results indicate that faculty members characterize the good Nurse like that which has jurisdiction to all levels; do not neglect the training/continuous updating of their knowledge; look for the excellence in the practice of the profession; protects and defends the human person of practices that contradict the law ethics or the common good; assumes the duty to meet the needs of the population and the community in which it is inserted; collaborates with other professionals in programs that meet the needs the patient/family/community; respects the biopsychosocial, cultural and spiritual integrity of the person; maintains a standard of personal conduct that respects the profession; lying subtended approaches of bioethics: principlism, virtues and ethical care. Determined as factors facilitators of good practice the centralization of care in the wearer; the participatory assessment of patient needs; the professional competence; horizontal care; closeness therapy; job satisfaction; professional autonomy; and updating of knowledge; being that the centralization of care in technical; the external determination of the patient's needs; the professional incompetence; the vertical care; the therapeutic distance; professional dissatisfaction, tying/subservience; and the stagnation of knowledge, act as barriers to good nursing practice.

Keywords: Bioethics. Bioethical themes. Nursing Ethics. Good nurse, ethics.

I – INTRODUÇÃO

A Enfermagem enquanto profissão, teve o seu reconhecimento entre as décadas de quarenta e sessenta, altura em que surge uma preocupação com a organização dos princípios científicos que fundamentam a profissão, passando a ser vista como uma disciplina científica e académica, onde são mobilizadas ciências exatas e humanas (ABREU, 2001:102).

A sua historia remonta, no entanto, ao início das civilizações, em que o cuidar surge associado à sobrevivência.

Nas sociedades rurais, antes do domínio do cristianismo, os cuidados centravam-se na fecundidade, com os objetivos de “*dar, manter, desenvolver a vida*” (COLLIÈRE, 2004:71) e eram concebidos em torno do nascimento, da “*encarnação como inserção no mundo*” e da morte como o “*outro fim do nascimento, não existindo separação entre a vida e a morte*” (COLLIÈRE, 2004:71). O corpo era visto como um templo ligado à cosmogonia, como um meio de inserção no mundo sendo os cuidados prestados por mulheres mais velhas, experientes, cujos conhecimentos eram empíricos e resultantes das suas vivências. Os cuidados eram direccionados às grávidas e puérperas, recém-nascidos e crianças, doentes e moribundos e a cuidadora exercia em casa do doente, junto dos respectivos familiares e amigos. Nesta época, os instrumentos utilizados para a prestação de cuidados era o próprio corpo através dos sentidos (olfato, visão, tacto, em particular das mãos) e da palavra como meio de comunicação e de aprendizagem.

Posteriormente, a partir do século XIII, o papel de cuidadora passou a ser atribuído à mulheres consagradas religiosas, tendo como finalidade a “*salvação da alma, a vida no outro mundo*” (COLLIÈRE, 2004:71). O corpo era concebido como algo “*vil, perverso,*

maléfico, viciado, perigoso”, que “*ameaça a pureza da alma*” pelo que os cuidados centravam-se no sofrimento, doença, miséria, pobreza, morte (marcada pelo pecado e consequente condenação eterna), e eram direcionados aos doentes indigentes, aos vagabundos dos hospitais e hospícios, aos pobres envergonhados no domicílio, com exceção das puérperas. As cuidadoras exerciam a prestação de cuidados inicialmente numa instituição fechada, onde se encontravam as mulheres consagradas (que se renunciaram a si próprias, dedicando-se a Deus e à salvação do mundo) que, posteriormente, deram origem às Filhas da Caridade, passando a prestar cuidados no domicílio dos pobres. Os seus cuidados tinham então como objetivos a “*redenção da alma, (...) do pecador, cuidados espirituais (...) reconforto e alívio do sofrimento, mas sem o tentar evitar, podendo mesmo encorajar a aceitação, por causa do seu poder de redenção do mal e do pecado (...)*”. Para tal era utilizado o discurso, prescrição moral, oração... Estas cuidadoras agiam pela graça de Deus, através da “*imitação de procedimentos de rotina, por conformismo com um modelo sublimado*”, limitando os seus saberes às “*regras, às exortações, às ordens dos superiores*” (COLLIÉRE, 2004:71-74).

A partir do séc. XVIII, os cuidados começam progressivamente a ser prestados pelas gardes-malades, no caso das classes abastadas, e pelas antigas parteiras e amas ou por pessoas que queriam dedicar a sua vida aos doentes, no caso de serem pessoas pobres. Os seus conhecimentos tinham como base os saberes populares, no caso das antigas parteiras e amas; os religiosos tinham formação inspirada nas “*Filhas da Caridade*”; e as gardes-malades começaram a ter instrução através de manuais redigidos pelos médicos, onde consta o “*saber fazer*” e as “*regras de conduta*”. Os cuidados eram dirigidos às parturientes e puérperas, recém-nascidos, doentes, idosos e moribundos eram prestados nos domicílios dos doentes e visavam suprir tudo o que a pessoa não podia fazer por si própria, ou seja,

“alimentá-la, prestar cuidados ao corpo, vigiar as funções de eliminação/evacuação, assegurar uma presença, preparar e dar os remédios”, quer fossem eles prescritos pelos médicos ou por iniciativa das gardes. Para além do corpo e da palavra como veículo de prestação de cuidados, começam a ser utilizados utensílios caseiros para a alimentação e higiene e surgem os clisteres (COLLIÉRE, 2004:76-80).

A partir do século XIX até cerca de 1970, os cuidados passaram a ser prestados pelas *“gardes-malades hospitalares instruídas”*, pelas enfermeiras e enfermeiros dos hospitais, com vocação e dedicação para a prestação de cuidados. Os conhecimentos deixam de ser baseados nos saberes populares e passam a ter como base fontes de conhecimento do papel moral e técnico, adquiridos através da escola e da prática hospitalar. Os cuidados são oferecidos a *“doentes indigentes e deserdados, de qualquer classe social”*, encontrando-se a doença no *“epicentro das técnicas de cuidados”*. Nesta época o corpo é concebido como um objeto, no qual são despistadas, identificadas e tratadas doenças. Começa a existir uma maior preocupação com o controle sanitário, com uma correta higiene alimentar e prática de exercício físico. Os cuidados continuam a ser prestados no domicílio dos doentes no caso dos pobres e no domicílio dos doentes da classe média no caso de administração de injetáveis e primeiros tratamentos médicos. Relativamente aos hospitais, tornam-se no *“lugar de cura para os grandes flagelos sociais: tuberculose, doenças responsáveis pela mortalidade infantil, tendendo posteriormente a tornar-se num lugar de tratamento e mais tarde de formação e investigação”* (COLLIÉRE, 2004:76-80). A enfermeira é vista como um *“instrumento perfeito que tem como principal função ficar ao alcance da mão do médico”* devendo este *“fazer deste instrumento dócil o uso que pretende”*, uma vez que ela tem o *“conhecimento apropriado do ser que sofre e da própria doença”* (L’infirmière Française, citado por COLLIÉRE 2004:76). Nesta época começam a

surgir novos utensílios técnicos de análises, de diagnóstico, que progressivamente vão aumentando de complexidade, sendo desvalorizados os utensílios de conforto. (COLLIÉRE, 2004:79).

Tal como foi possível verificar, até então o papel de cuidador foi sempre atribuído a mulheres, “*cujo papel social de cuidar fora conquistado a partir dos saberes que estas desenvolveram ao longo da história da humanidade*” (ABREU, 2001:99). A sua assimilação permitiu a construção da profissão de enfermagem.

De acordo com MEYER, citado por ABREU (2001:99), a produção social da profissão passou por cinco fases históricas.

A primeira fase encontra-se relacionada com o período pré-profissional, ligada ao modelo religioso, onde se enfatiza o conceito de doença e a sua ligação com a vertente religiosa e sobrenatural, prevalecia o conceito de caridade e vocação para o cuidar e havia um distanciamento da vertente médica e seus respectivos avanços (ABREU, 2001:99).

A segunda fase, introduzida por Florence Nightingale, corresponde ao modelo vocacional e disciplinar, à enfermagem moderna, que surge a partir de meados do século XIX. Florence “*assumiu grandes tarefas: promover uma organização hospitalar mais racional e eficiente e, por outro lado, recrutar, organizar e formar enfermeiras como profissionais*” (ABREU, 2001:99), de forma a colmatar as necessidades organizacionais dos hospitais. O decorrer da guerra da crimeira permitiu a Florence demonstrar a importância do papel da enfermagem, que posteriormente colmatou com a abertura de uma escola, na qual existia uma formação científica sólida e formação de carácter (ABREU, 2001:101). De acordo com o mesmo autor, “*os ideais de caridade e moral começam a ser substituídos pelo saber técnico, a devoção, a obediência, e o carácter*”, passando a enfermagem a “*assumir três grandes funções: promover o bem estar e o conforto dos doentes, gerir os*

serviços hospitalares e desenvolver atividades no âmbito da esfera médica” (ABREU, 2001:101).

Nesta época, a enfermagem encontrava-se ligada ao estereótipo da feminilidade, conotada com serviço, caridade, dedicação e obediência, o que de certa forma, dificultou a sua afirmação social, com peculiaridades dos tempos históricos e sociais dos diferentes países.

A terceira fase decorre até aos anos 40, altura em que houve um grande desenvolvimento dos conhecimentos científicos e consequentemente da medicina, aumentando a complexidade e diversidade dos cuidados médicos. Ao desenvolver as tarefas delegadas pelos médicos, as enfermeiras vão tendo acesso aos conhecimentos médicos. Nesta fase, através da formação e do reconhecimento social, a enfermagem adquire *“reconhecimento jurídico do exercício”* e são introduzidas as *“carreiras profissionais e a formação de diversos órgãos representativos”* (ABREU, 2001:101).

A quarta fase ocorre entre os anos quarenta e sessenta, em que existe uma preocupação com a organização dos princípios científicos que fundamentam a profissão, com o trabalho em equipa como uma mais valia na prestação de cuidados. A enfermagem começa a ser vista como uma disciplina científica e académica, onde são mobilizadas ciências exatas e humanas (ABREU, 2001:102). Nesta fase *“O holismo apresenta-se como um operador que se associa ao cuidar, direcionando-o para a abordagem global. É neste momento que se demarca a definição do campo de intervenção de Enfermagem.”* (FIGUEIREDO, 2004:37). Este modelo permitiu aos enfermeiros disporem de trunfos que serviram de suporte à prática de enfermagem. Estes integram os cuidados base *“relacionados com a higiene, alimentação e o conforto da pessoa (...)”*, *“uma presença*

continua, os atos realizados por prescrição, as ações que contribuem para a saúde da população, o ensino, o acompanhamento” (FIGUEIREDO, 2004:40).

Cerca dos anos sessenta dá-se início à quinta fase da história da enfermagem, que ainda se encontra a decorrer, que consiste na “*afirmação das teorias de enfermagem e das ciências de enfermagem, as quais se expressam na construção de modelos teóricos que permitam a apropriação do objeto de trabalho*” permitindo dessa forma uma “*articulação lógica e coerente entre um conjunto de conceitos e conhecimentos próprios da profissão, que sirvam de referência à prática profissional*” (ABREU, 2001:103).

Nesta fase há uma preocupação com o humanismo, com a multiculturalidade, a multiprofissionalidade, questões de identidade, expressão pessoal, cidadania, intervenção comunitária, excelência dos cuidados, autoestima e uma tentativa de conquista de autonomia. Os enfermeiros “*procuram uma nova independência na hierarquia de poderes nos contextos de trabalho (...) e uma fuga ao controle da divisão médica do trabalho*” e tornam-se cada vez mais especializados (ABREU, 2001:103).

A profissão de Enfermagem em Portugal surgiu em finais do século XIX, com o intuito de se aproximar dos modelos europeus e com a revolução de Nightingale. Nesta época surgem então os primeiros cursos direccionados à formação de enfermeiros, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, organizados pelo Dr. Costa Simões, correspondendo a Enfermagem a um trabalho técnico assistencial.

Na década de 30, surge o primeiro movimento sindical com o Sindicato Enfermeiros da Região Sul, seguindo-se posteriormente o dos Enfermeiros da Região Norte, incidindo uma das suas primeiras manifestações nos riscos decorridos da prática clínica por falta de material de proteção da sua integridade física (OE, 2008).

Nos anos 40 surgiram os primeiros cursos de aperfeiçoamento em determinadas áreas como a da Psiquiatria, Saúde Pública, Puericultura, e em Março de 1942 foi aprovado o Decreto-lei no 31:913, que determinou que a Enfermagem apenas poderia ser exercida por mulheres solteiras ou viúvas, sem filhos e que tivessem o diploma de enfermagem (OE, 2008).

É a partir da segunda metade do século XX que a enfermagem desenvolveu de forma acentuada a sua formação técnica e prática, permitindo-lhe adquirir um estatuto social mais elevado e maior autonomia. (CARVALHO, 1996:41).

No decorrer da década de 50, o ensino de enfermagem sofreu uma reestruturação passando os cursos base a serem de 3 anos e as escolas a terem a sua autonomia administrativa e técnica.

Nos anos 60 as enfermeiras passam a poder-se casar e em 1965 dá-se uma nova reestruturação dos ensino de Enfermagem onde se defende que o ensino da profissão deveria ser feito por enfermeiros. Em 1967 o Decreto-lei 48/166 define a estruturação de carreiras de Enfermagem com diferentes grelhas salariais (OE, 2008).

Em 1981 surge o Decreto-lei 305/81 no qual foi publicado o diploma da Carreira de Enfermagem que instituiu uma carreira única para todos os enfermeiros e em 1985 um novo Decreto-lei permite a ascensão a corpos especiais da Função Pública (OE, 2008).

Em 1988 a Enfermagem foi integrada no Sistema Nacional Educativo que atribuiu ao curso o grau de bacharelato; em 1991 surgiu a nova Carreira de Enfermagem no qual são definidas 3 áreas de atuação: a assessoria, gestão e prestação de cuidados e em 1992 surgiram os primeiros mestrados em ciências de Enfermagem (OE, 2008).

A constante aposta dos enfermeiros em adquirir formação cada vez mais especializada, com elevados graus académicos, permitiu a afirmação da profissão, surgindo então em 1996 o Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, que “*veio dar resposta a uma exigência dos enfermeiros: possuir um regulamento do exercício da profissão e uma caracterização dos cuidados de enfermagem e das intervenções dos enfermeiros*” (ABREU, 2001:104). Nesta sequência, em Abril de 1998, a Enfermagem foi reconhecida pelo Estado Português como um corpo institucional capaz de assumir os seus aspectos deontológicos e disciplinares, sendo então criada a Ordem dos Enfermeiros (ABREU, 2001:104).

Assim, denota-se uma crescente preocupação por parte dos profissionais de Enfermagem em ampliar os seus conhecimentos científicos, tecnológicos e também humanísticos de forma a fundamentar melhor a Enfermagem enquanto ciência e prática.

Como visto anteriormente, antes de ser profissão, a enfermagem já se havia constituído como resposta intuitiva ao desejo de manter as pessoas saudáveis, proporcionar conforto e proteção aos doentes (NAUDERER, 2005). Assim, é reconhecida e justificada pela sociedade pelo “*fazer bem às pessoas*” (SCOTT, 2003:27). É com esta finalidade que ela foi estabelecida no cenário das práticas sociais. E o benefício às pessoas não se dá em termos de aumentar seu status financeiro, mas em fazer o bem através do cuidado à sua saúde, ou seja, fazer bem as pessoas como seres humanos. Vê-se, então, que a enfermagem situa-se no cenário de práticas sociais, com uma finalidade específica, uma prática com um fim moral.

À Enfermagem corresponde um esforço moral. Ser enfermeiro é engajar-se numa prática social com um sentido moral inerente. Esta marca não é atribuída a toda e qualquer prática social, mas é reservada às atividades como a educação, a enfermagem, a medicina. Neste sentido, entende-se moral como o equacionamento e as ações que têm a ver com as

interações de alguém com os outros. E a enfermagem constantemente interage de uma maneira singular com outros, como pacientes, usuários, colegas e os demais profissionais de saúde. As ações de enfermagem afetam os outros, especialmente os usuários dos serviços, de maneira a beneficiá-los ou prejudicá-los como pessoas, daí ser uma interação singular, peculiar. Merece a marca especial de prática moral, porque está enraizada em considerações e preocupações morais, éticas relativas ao bem, ao bom, à excelência, ao melhor. A prática da enfermagem é direcionada para um fim, meta ou objetivo, que é o conforto ou bem estar dos pacientes. Isto é claramente um fim moral, porque tem como elemento essencial a noção de bem a uma pessoa ou ao paciente como ser humano, enquanto tal (SCOTT, 2003).

Então, ser uma boa enfermeira pode ser considerado, ao mesmo tempo, um problema e uma meta com fortes elementos morais para os que escolhem a profissão. Uma boa enfermeira significa que a sua preocupação para com os pacientes é totalmente relacionada com a eficiência, a eficácia e atenção no cuidado, que fomenta o bem-estar do paciente. Enfermagem ética é quando uma boa enfermeira faz a coisa certa, o melhor possível (SMITH, 2002) .

Ser menos que uma boa enfermeira implica uma falha moral, e como a enfermagem é uma prática intrinsecamente moral, falhar neste requisito resulta em ser uma má enfermeira. A identidade profissional e o status atual da profissão foram formados pelo ideal da boa enfermeira (ALAVI, 1995; FAGERSTRÖM, 2006).

Segundo SCOTT, na literatura de enfermagem e saúde, é possível identificar claramente uma preocupação voltada para a pessoa da enfermeira e nas suas habilidades para interagir de uma maneira humana, sensível, acolhedora, criativa e compassiva.

Elementos como a compaixão e a sensibilidade são mais disposições ou traços de caráter, do que deveres derivados do trabalho da enfermeira.

A ideia de fazer o bem, ser bom, e agir de acordo com o bem, que se assemelha à ética da virtude, foi abordada no século XIX por Florence Nightingale quando afirmava que era impossível ser uma boa enfermeira, sem ser uma boa mulher. É claro que Nightingale desejava treinar enfermeiras em bons hábitos, que é a formação do caráter, o cultivo das virtudes (SMITH, 2002).

Florence Nightingale lutou contra um ambiente em que as enfermeiras mal eram levadas em consideração e trabalhavam em hospitais insalubres na ignorância de noções básicas de higiene. As enfermeiras falhavam em seguir as ordens médicas, cometiam fraudes, aceitavam suborno, passavam a maior parte do tempo embriagadas e eram desleixadas e descuidadas (ALAVI,1995; FAGERTRÖM, 2006; SMITH, 2002) A lista das virtudes defendidas pela senhorita Nightingale pode ser vista como uma arma para a luta. Devido a isso, deu maior importância às virtudes da confiabilidade, seriedade e honestidade. O comportamento imoral das enfermeiras deveria tornar-se parte do passado se mulheres respeitáveis fossem recrutadas para cuidar dos doentes. Só assim a enfermagem poderia tornar-se um trabalho adequado para mulheres educadas e guiadas pela ciência e pela moral (SELLMAN, 1997).

Após o sistema profissional secular de Nightingale, a enfermagem já não era considerada uma profissão duvidosa, foi promovida como uma carreira digna e nobre para uma dama educada. Isto também justifica a ênfase sobre o tipo de pessoa que a enfermeira deveria ser. Era frequentemente propagado que a boa enfermeira dispunha de uma gama de recursos humanitários naturais e qualidades pessoais, assim como de certa disponibilidade para com os outros e para com seu trabalho (FEALY, 2004).

Este estudo visa então procurar junto dos docentes de profissionais de enfermagem uma representação social de bom enfermeiro, ou seja, uma imagem do bom enfermeiro, uma vez que estes são os responsáveis pela transmissão dos valores éticos e morais que regem a profissão.

Entende-se por imagem o quadro que uma pessoa tem da sua vivência. Está intimamente ligada à ideia de prestígio social e a sua construção relaciona-se a concepções, sentimentos e atitudes. Imagem também pode significar a opinião (contra ou a favor) que o público tem de uma instituição, organização ou personalidade. Ou ainda, imagem pode ser vista como o conceito que uma pessoa goza junto a outrem. A imagem de uma categoria profissional associa-se a poder, reconhecimento e status sociais. O que a sociedade pensa ou espera do profissional é tão importante quanto o que este realmente é, pois a projeção de uma imagem negativa dificulta o desenvolvimento da profissão ou seu reconhecimento social (NAUDERER, 2005).

A imagem profissional da enfermeira corresponde a uma rede de representações sociais da profissão, isto é, um conjunto de conceitos, afirmações e explicações que reproduz e é reproduzido pelas ideologias originadas e veiculadas no contexto das práticas sociais, internamente ou externamente à própria enfermagem. A imagem profissional remete à identidade da profissão, suas características e significados exclusivos. Essa relação de imagem e da identidade constitui um fenómeno histórico, social e político, em uma totalidade contraditória, múltipla e mutável (NAUDERER, 2005).

Conhecer a imagem de bom enfermeiro delineada pelos docentes irá permitir-nos uma fundamentação das diferentes ações de enfermagem, na tomada de decisão frente a problemas éticos, contribuindo para a compreensão dos valores acionados nestas situações e que são transmitidos, consciente ou inconscientemente, na formação dos novos

profissionais. Os valores e as virtudes somente são aprendidos pela degustação, pela vivência, pela convivência, no exemplo, pois envolvem a capacidade de estima, de sensibilidade e percepção das pessoas (SCOTT, 2003; CORTINA, 2007).

Assim, ainda que não assumido explicitamente, exercerá uma forte influência na formação da(o) futura(o) enfermeira(o) a imagem ética veiculada na convivência com os docentes e os profissionais que os introduzem na prática, ou seja, há um peso considerável do oculto no currículo. Percepcionar a imagem que os docentes têm do que é ser uma enfermeira ética, ou boa enfermeira, poderá levar a uma melhor compreensão deste fenómeno. Assim, espera-se contribuir para a construção e transformação da identidade profissional.

Conceber uma representação do bom enfermeiro poderá tornar-se também numa ferramenta extremamente útil ao nível da gestão uma vez que nos permitirá compreender qual o perfil adequado de um enfermeiro na seleção de recursos humanos e/ou na definição de competências a serem cumpridas por parte dos enfermeiros em exercício profissional, que visem a excelência dos cuidados.

Além disso, enquanto atividade de pesquisa, este projeto contribuirá para a consolidação da linha emergente de pesquisa, “*A enfermagem portuguesa e brasileira: saberes, práticas e valores*”, que se tem construído a partir da cooperação entre a Universidade Católica Portuguesa e a Universidade de São Paulo (Escola de Enfermagem da USP). Os resultados deste estudo em Portugal irão proporcionar, também, um estudo comparativo com a imagem do bom enfermeiro entre os formadores de profissionais de enfermagem realizado no Brasil.

II – OBJETIVOS

1. Identificar, a partir de perspectivas de docentes, uma imagem para o bom enfermeiro.
2. Confrontar a imagem de bom enfermeiro, construída a partir de perspectivas de docentes, com os enfoques da Bioética: Principalista, do Cuidado e das Virtudes.
3. Discutir pontes e barreiras entre a imagem de bom enfermeiro e a Enfermagem como prática profissional.

III - PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Estudo

Este estudo é uma pesquisa qualitativa, situada no âmbito da bioética.

A abordagem qualitativa foi a escolhida, pois conceptualiza “*o modo como os sujeitos – com as suas experiências, ações, intenções – se relaciona com o contexto em que de diversas formas são estudados*” (FLICK, 2005:18), encontrando-se a ética subjacente às relações sociais e intersubjetivas e podendo os modelos teóricos de enfermagem intervir na concepção da imagem do bom enfermeiro.

3.2. Cenário

A Universidade de Católica Portuguesa foi criada em 13 de outubro de 1967, pelo Decreto *Lusitanorum nobilissima gens*, a qual contemplava os cursos de Teologia e Filosofia. Ao longo dos anos outras faculdades foram-se juntando, nomeadamente a de Ciências Humanas em 1972, de Ciências e Tecnologia em 1996 e de Engenharia em 1999.

A 20 de Janeiro de 2004, foi criado o instituto de Ciências da Saúde que passou a incluir em 2006 uma Escola Superior Politécnica de Saúde, pelo que foram integradas a Escola Superior de Enfermagem de São Vicente de Paulo em Lisboa e a da Imaculada Conceição no Porto.

A antiga Escola Superior de Enfermagem de São Vicente de Paulo pertencia à congregação das Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo, tendo iniciado funções a 14 de Novembro de 1937, com o objetivo de “*preparar jovens portuguesas com os conhecimentos necessários para prestarem uma melhor assistência aos pobres e doentes,*

de forma humana e eficaz, sob o ponto de vista técnico e científico dentro de uma filosofia humanista e cristã, dando resposta aos problemas de saúde da época”(ESESVP).

Atualmente, o Instituto de Ciências da Saúde da UCP conta com um quadro de docentes com vínculo com a instituição; Doutores, Mestres, Especialistas e Licenciados, distribuídos pelos cursos de Licenciatura, Mestrados académicos e Profissionalizantes e Doutoramentos.

3.3. Sujeitos de Pesquisa

Os sujeitos desta pesquisa foram professores do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da UCP de Lisboa que lecionavam as unidades curriculares teóricas e/ou teórico-práticas de enfermagem e/ou fossem tutores de ensino clínico.

A amostra foi accidental, composta pelos docentes que concordaram em participar no estudo, abrangendo pelo menos um professor das diferentes áreas de ensino (Saúde Materno-Infantil; Saúde infantil e Pediátrica, Saúde Mental e Psiquiátrica; Saúde Comunitária e Médico-Cirúrgica) e o seu tamanho foi determinado pelo critério de saturação do discurso. Entende-se que o ponto de saturação foi alcançado quando as concepções estudadas ficaram suficientemente definidas e elucidadas com entendimentos que, ultrapassando a superficialidade de meras explicações, responderam às perguntas interpretativas propostas no estudo (CORBIN, 2008).

Como critério de exclusão selecionei os professores que, embora tivessem contrato com a UCP e pertencessem ao curso de Licenciatura, não estivessem de momento no ativo,

ou seja, os que de momento se encontravam de licença sabática para terminar o doutoramento.

Desta forma, de acordo com os dados que me foram fornecidos pela coordenadora do curso de licenciatura em Enfermagem da UCP, existem um total de 3 professores de licença, pelo que ao total de enfermeiros docentes do curso de licenciatura em enfermagem a tempo integral, que são 23, retirei esses 3 professores, ficando com uma população de 20 enfermeiros.

Todos os docentes que se dispuseram voluntariamente a integrar o grupo de sujeitos de pesquisa foram esclarecidos acerca dos propósitos do estudo, tendo ficado na sua posse o termo de consentimento livre e informado, assinaram uma declaração em como concordaram em participar no estudo (ANEXOS 3 e 4) e preencheram questionário que me permitiu caracterizar a amostra (ANEXO 2).

Devido à escolha do Instituto de Ciências da Saúde da UCP como cenário para a coleta dos dados, foi realizado o pedido à UCP para realização do estudo na instituição e feito o pedido de aval pela Comissão de Ética em Pesquisa da instituição.

Foram realizadas um total de 16 entrevistas a docentes da UCP, ou seja, a 80% da população.

A grande maioria dos entrevistados foi do sexo feminino, 94% dos entrevistados (15) eram do sexo feminino e apenas 6% dos entrevistados (1) do sexo masculino.

A maioria dos entrevistados terminou o curso base (bacharelato) na década de 1980, ou seja, tem entre 21 a 30 anos de experiência profissional e enquadra-se na faixa etária dos 41 a 50 anos de idade.

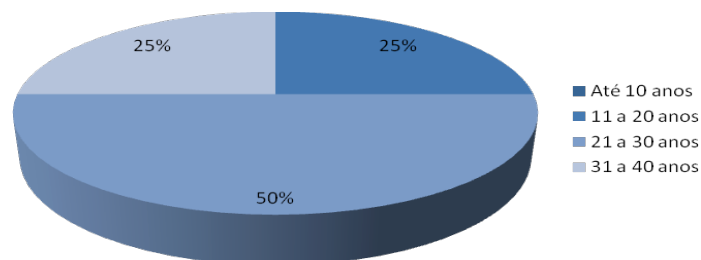


Gráfico 1 – Distribuição dos entrevistados segundo anos de formação

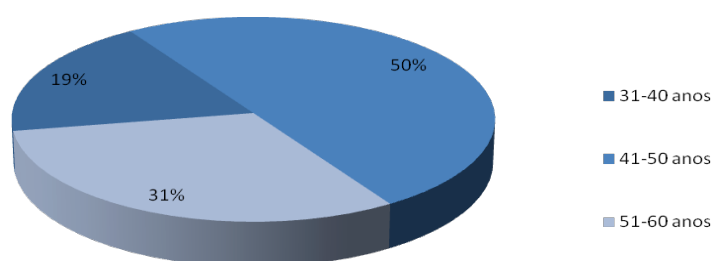


Gráfico 2 – Distribuição dos entrevistados segundo faixa etária

A maior parte dos entrevistados, 56%, realizou a sua formação base na Escola Superior de Enfermagem de São Vicente de Paulo (que atualmente pertence à UCP).

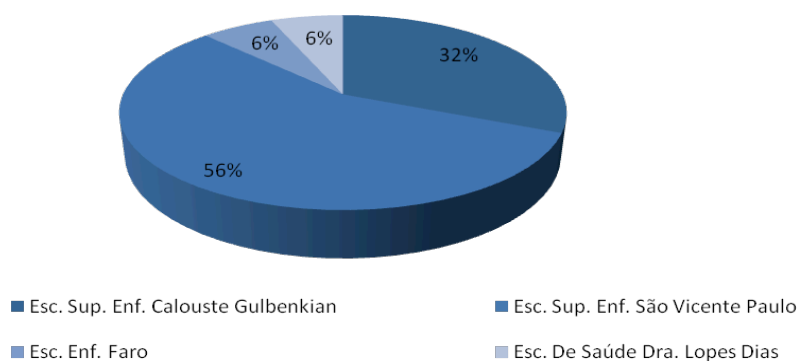


Gráfico 3 – Distribuição dos entrevistados segundo Escola onde Realizou Bacharelato/Licenciatura

Relativamente ao título académico dos entrevistados 13% têm o título de Doutor, tendo os restantes 87% o título de Mestre.

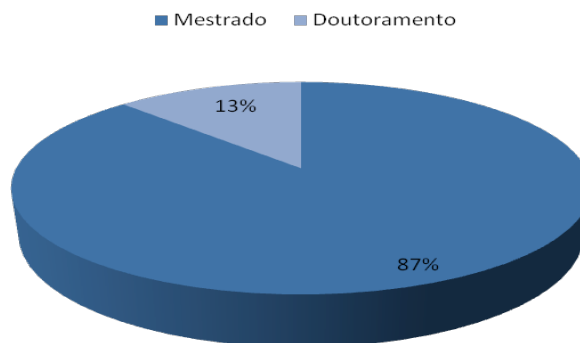


Gráfico 4 – Distribuição dos entrevistados segundo o maior título académico

Foram entrevistados docentes das diferentes áreas de atuação: Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP) e Enfermagem Saúde Comunitária (ESC), Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) e Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (ESMO).

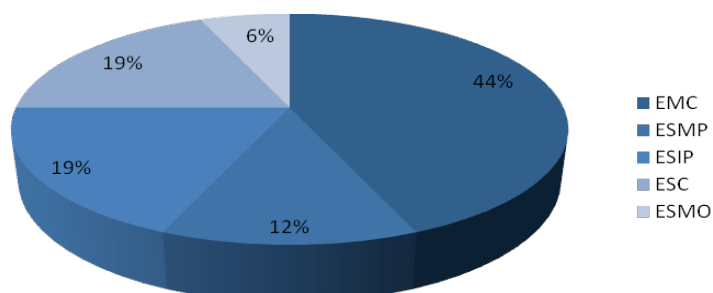


Gráfico 5 – Distribuição dos entrevistados segundo a área de atuação

Relativamente à área de ensino, a grande maioria dos professores é tutor de ensino clínico e professor de Unidades Curriculares teóricas e/ou teórico-práticas:

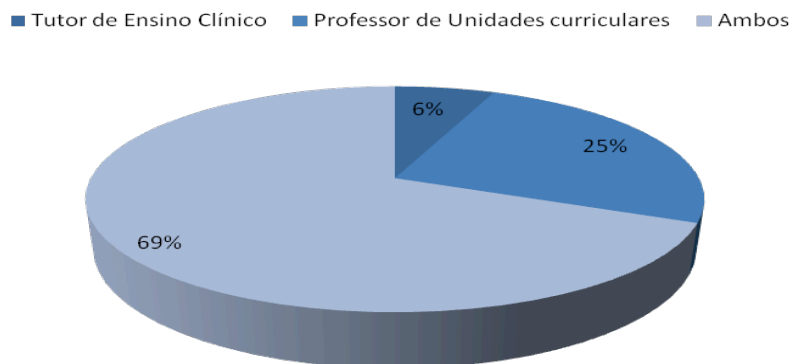


Gráfico 6 – Distribuição dos entrevistados segundo a área de ensino

No que respeita ao tempo de docência ao serviço da instituição, temos que 25% dos entrevistados tem de um a cinco anos e vinte e um a vinte e cinco anos.

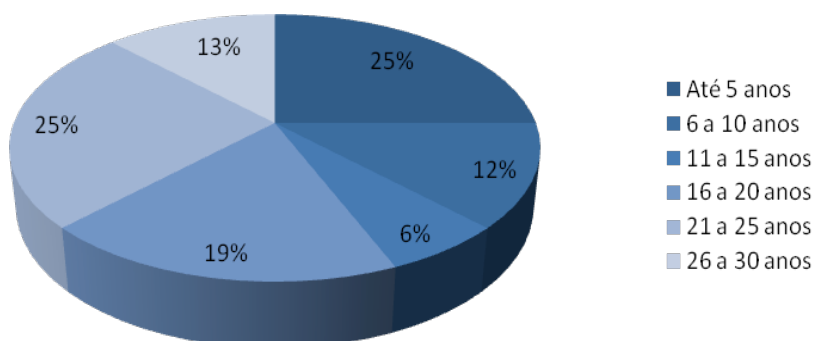


Gráfico 7 – Distribuição dos entrevistados segundo tempo de docência na Escola

No que se refere à experiência profissional anterior à docência, todos os entrevistados, 100% trabalharam em hospitais, sendo que alguns deles trabalharam também em Centros de Saúde, Lar de Idosos, Unidade Especializada na Área da adição, Unidade de Hemodiálise, Unidade de Cuidados Continuados.

3.4. Recolha dos Dados

A colheita dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. A entrevista foi escolhida como meio para a recolha de dados porque, de acordo com FORTIN (2009:375), a entrevista de pesquisa “*é um modo particular de comunicação verbal entre duas pessoas, um entrevistador que recolhe os dados e um respondente que fornece a informação*”. De acordo com a mesma autora, tem como funções “*examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes; servir como principal instrumento de medida; servir como complemento aos outros métodos de colheita de dados*”.

GAUTHIER (2003) complementa mencionando que a entrevista semi-dirigida permite “*tornar explícito o universo do outro*”, compreender o “*mundo do outro*”, apreender, organizar e estruturar o seu pensamento e “*exploração aprofundada de certos temas*” (p.284-285).

As entrevistas permitem-nos obter não só dados concretos, mas também dados subjetivos, passíveis de serem conseguidos com a contribuição dos sujeitos de estudo envolvidos e que se referem às suas atitudes, opiniões e valores.

Segundo BONI e QUARESMA (2005:72), os tipos de entrevistas mais utilizados são: entrevista estruturada, semiestruturada, aberta, entrevista com grupos focais, história de vida e entrevista projetiva.

O tipo de entrevista escolhido para a obtenção dos dados para elaboração deste trabalho foi a entrevista projetiva, que tem como objetivo aprofundar informações sobre determinado grupo ou local, evitando respostas diretas. Para tal, são utilizados recursos

visuais tais como cartões, fotografias, filmes, quadros e pinturas (BONI e QUARESMA, 2005:72).

A fotografia, o filme e o vídeo têm uma longa tradição na antropologia e na etnografia, tendo sido cada vez mais utilizadas como fontes de dados (FLICK, 2005).

De acordo com COLLIER (1957) e MORRIS (1975), citado por FLICK (2004:154) “*as fotografias têm uma elevada qualidade icónica, que ativa a memória das pessoas e as encoraja a fazer afirmações sobre processos e situações complexas*”.

Desta forma, na entrevista foram apresentados aos docentes vários cartões de igual tamanho (10x15cm) impressos em papel fotográfico. Cada um deles tinha uma fotografia, figura ou desenho de enfermeiros em atividade laboral (ANEXO 1).

As perguntas orientadoras da entrevista levaram à escolha de um dos cartões pelo entrevistado:

Nursilde é enfermeiro(a). Que cartão a senhora (o senhor) escolheria para representá-lo(a)? Porquê?

E se eu lhe dissesse que Nursilde é um(a) bom(boa) enfermeiro(a), como a senhora (o senhor) o(a) descreveria?

A recolha dos dados foi realizada no período de Outubro e Novembro de 2012, após a autorização da UCP para realização do estudo e apreciação e aprovação do projeto pela Comissão de Ética em Pesquisa da UCP (ANEXO 5).

As entrevistas foram gravadas e transcritas e, posteriormente, procedeu-se à análise de conteúdo.

3.5. Organização dos Dados

A organização dos dados deste estudo foi feita utilizando o método de análise de conteúdo proposto por BARDIN (2009) e GUERRA (2006) conforme descrito a seguir.

A análise de conteúdo é uma técnica em que é realizado o “*confronto entre um quadro de referência do investigador e o material empírico recolhido*”, tendo essa mesma análise uma “*dimensão descritiva que visa dar conta do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do analista face a um objeto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teórico-analíticos cuja articulação permite formular as regras de inferência.*” (GUERRA, 2006:62).

Cronologicamente, a análise de discurso foi dividida em fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação (BARDIN, 2009:121)

Desta forma, numa primeira fase o material recolhido na entrevista foi organizado, tendo como principal objetivo “*tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais*” (BARDIN, 2009:121). Foram formulados os indicadores que fundamentam a interpretação, definidas as unidades de registo (palavras), unidades de contexto (frases ou parágrafos significativos), formuladas as hipóteses e os objetivos.

Numa segunda fase operacionalizou-se o que foi definido na fase anterior que “*consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração em função de regras previamente formuladas*” (BARDIN, 2009:127) .

Na terceira e última fase, os resultados em bruto foram “*tratados de maneira a serem significativos e válidos*” (BARDIN, 2009:127) .

Para a interpretação, tentou-se situar a fala dos atores sociais no seu contexto de formadores de futuros profissionais de enfermagem para que ela fosse melhor compreendida.

Para isso definiu-se a situação socioeconómica e política na qual se inseriu o grupo social estudado, além da história desse grupo, tentando sempre para as comunicações individuais.

Esta análise mais abrangente foi realizada inicialmente ordenando-se os dados obtidos no trabalho de campo, transcrevendo as gravações e relendo o material. Posteriormente, realizou-se a classificação dos dados com base na identificação do que era relevante para atender os objetivos do estudo. As informações obtidas foram separadas em conjuntos que formaram categorias específicas elaboradas com esta finalidade. Por último, procurou-se estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos do estudo, respondendo às questões da pesquisa baseando-se nos seus objetivos.

Por ser um estudo qualitativo de natureza compreensiva sobre a imagem do bom enfermeiro, terá como base os diferentes aspectos do cuidar e referenciais da bioética, a evolução histórica da enfermagem, a realidade da profissão e a representação social do enfermeiro para que se possa situar os discursos dos entrevistados no cenário mais abrangente da profissão e não somente no âmbito da formação profissional.

3.6. Referencial de Análise

3.6.1. Aspetos do Cuidar

A arte do cuidar está presente em todas as culturas desde o início dos tempos. O instinto de sobrevivência sempre se encontrou diretamente ligado ao *“tomar conta da vida, ou seja, fazer o indispensável para que a vida continue”* (COLLIÈRE, 2004:58). No entanto, é nos anos cinquenta que emerge o conceito de cuidar em Enfermagem, altura em que decorre a transição do modelo biomédico, baseado numa filosofia curativa, em que predominava o *“tratar, valorizando a componente técnica dos cuidados de enfermagem, sendo a sua prestação realizada em função da doença e dos seus sintomas (...)”* (GARRIDO 2004:37), para o holismo, ou modelo de saúde. (FIGUEIREDO, 2004:36).

Tal como refere COLLIÈRE, (2003:241) *“a concepção médica dos cuidados e o parcelamento das tarefas levou à identificação dos cuidados como atos isolados, sejam de carácter técnico ou relacional.”* Refere ainda que *“esta concepção separou os cuidados, entre os quais os cuidados de enfermagem, de tudo o que lhes poderia dar um real significado: o contexto de VIDA no qual se inserem”*.

Ao surgir o modelo holístico, um modelo direccionado para a saúde, irrompe também uma maior importância com o cuidar. Tal como refere GARRIDO (2004:37), *“Na forma holística, está implícito o cuidar, que valoriza a relação interpessoal, respeitando os valores e a cultura do doente tendo como principal objetivo o autocuidado”*.

Tal como refere FIGUEIREDO (2004:37), *“é neste momento que se demarca a definição do campo de intervenção de Enfermagem”* e também a descentralização da relação com o médico e valorização da relação com o doente.

Cuidar, segundo FIGUEIREDO (2004:39) é *“ir ao encontro do outro, ajudar alguém numa situação singular da vida, caminhar com ele no caminho que ele próprio traçou (...)”*.

No que se refere aos cuidados de Enfermagem, para HESBEEN (2000:67):

“são a atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares – ou a um grupo de pessoas – com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências e qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem. Os cuidados de enfermagem inscrevem-se assim numa ação interpessoal e compreendem tudo o que as enfermeiras e os enfermeiros fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas”.

COLLIÈRE (2004:241) complementa e aprofunda um pouco mais referindo que o cuidar é:

“o conjunto de um processo de discernimento de necessidades de saúde indispensáveis à vida de alguém ou de um grupo; ou seja, uma interrogação, um diagnóstico, relativos às necessidades vitais, sejam de ordem biológica, afetiva, social, económica, assim como das interações e das influências que se estabelecem entre elas”; é a “ação que se deve executar para lhe dar resposta” podendo realizar-se “com outras pessoas, sejam profissionais ou não”.

Posto isto, podemos então compreender que, de acordo com o modelo holístico, é fundamental ter em conta os fatores envolventes e intrínsecos de cada pessoa, de forma a ser possível uma prestação de cuidados adequada, que supra as suas necessidades, sejam elas biológicas, psíquicas ou sociais. Apenas assim é possível cuidar com qualidade. Ir ao encontro das suas necessidades e acompanhá-las em todo o processo de cura, recuperação, palição ou ainda prevenção de enfermidades, permite-nos acompanhar cada pessoa e cuidar da sua vida com dignidade.

WATSON (2002:55) assume o cuidar como o *“ideal moral da Enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar, e preservar a dignidade humana”*, envolvendo “valores,

vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e as suas consequências”.

Desta forma, tal como refere COLLIÈRE (2004:58), *“ao contrário do que acredita hoje em dia, não é em torno da doença que se desenvolvem as práticas dos cuidados, mas à volta de tudo o que permite sobreviver (...)”.*

3.6.2. Realidade da profissão de enfermagem

Nas últimas décadas, devido ao aumento de doenças crónicas e degenerativas, envelhecimento da população, aumento da mortalidade em faixas etárias jovens causada por acidentes de viação, violência, doenças sexualmente transmissíveis, têm ocorrido profundas mudanças no perfil epidemiológico do processo saúde-doença (ROCHA e ALMEIDA, 2000).

A crescente preocupação com os gastos no sector da saúde tem levado à sua reestruturação, notando-se um aumento da preocupação com os cuidados de saúde primários e diminuição no período de internamento dos doentes (ROCHA e ALMEIDA, 2000). Há assim uma tentativa de direccionar o enfermeiro para o cuidado domiciliário e ambulatorio, mantendo-se grande parte dos enfermeiros nos hospitais altamente especializados, de forma a dar resposta às necessidades dos utentes (ROCHA e ALMEIDA, 2000).

É também notória uma evolução constante da informática, tecnologia, micro electrónica, robótica que, conjuntamente com inovações das estruturas organizacionais, modificam a dinâmica das organizações, as condições de trabalho e as relações laborais.

O aumento da carga de trabalho “*tem levado ao consumo desmedido das energias físicas e espirituais dos trabalhadores*” e o medo do desemprego “*faz com que as pessoas se submetam a regimes e contratos de trabalho precários (...)*” (ELIAS e NAVARRO, 2006).

Desta forma, as condições de trabalho precárias a que os enfermeiros estão sujeitos, aliada à baixa remuneração e desprestígio social, geram um desgaste físico e emocional que se refletem negativamente na qualidade da assistência prestada ao doente (MARZIALE, 2001).

A existência de diferentes turnos de trabalho aliada a uma baixa remuneração leva também a que muitos enfermeiros optem por duplos ou triplos empregos, ficando assim com uma carga horária semanal/mensal muito grande, “*levando à redução do tempo de convivência familiar*” (MEDEIROS et al., 2006). De acordo com estudo efectuado por este autor, esta realidade torna-se um factor de angústia, e preocupação com a relação familiar nomeadamente para com os filhos. MEDEIROS et al. (2006) refere ainda que:

“diante da carga horária excessiva de trabalho, os trabalhadores da enfermagem não usufruem desse menor esforço para ter uma vida de lazer, de convívio social, de integração familiar. Até a própria relação entre os parceiros no casamento torna-se prejudicada, o que pode causar insatisfação e reclamação por parte do parceiro”.

Esta insatisfação poderá dar origem a sofrimento psíquico que, com a falta de crença na melhoria das condições de trabalho tende a agravar progressivamente, pelo que encontramos os nossos serviços de saúde repletos de enfermeiros insatisfeitos, exaustos e angustiados acabando por ter repercussões negativas também na sua vida pessoal.

Nesta sequência, um estudo realizado por BATISTA et al. (2005) conclui que um dos maiores factores de insatisfação do enfermeiro prende-se com o baixo salário relativamente à carga horária e responsabilidade assumida. No que se refere aos factores de motivação

destacam-se o “*gostar do que se faz*”, a relação entre a equipa multidisciplinar, a “*possibilidade de obter crescimento profissional*” (BATISTA et al., 2005).

Face a esta realidade é importante lembrar que, para se poder ser um bom enfermeiro e prestar cuidados com qualidade, é essencial que esse mesmo enfermeiro esteja motivado e satisfeito.

3.6.3 Representação Social do bom Enfermeiro

Quando se explica, enuncia ou descreve algo, tem-se como fundamento uma representação social.

O conceito de representação social foi enunciado pela primeira vez por Serge Moscovici, em 1961, no entanto apenas voltou a ser falado no início dos anos 80.

De acordo com ARRUDA (2002) a Teoria das Representações Sociais desenvolvida por Moscovici:

“operacionalizava um conceito para trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica e em sua diversidade. Partia da premissa de que existem formas diferentes de conhecer e de se comunicar (...) e define duas delas (...): a consensual e a científica, cada uma gerando seu próprio universo. (...) O universo consensual seria aquele que se constitui principalmente na conversação informal, na vida quotidiana, enquanto o universo reificado se cristaliza no espaço científico, com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna. (...) As representações sociais constroem-se mais frequentemente na esfera consensual, embora as duas esferas não sejam totalmente estanques.”

De acordo com SOUSA (1997:58), a “*noção de representação social surge em 1898, através do conceito “representações coletivas e individuais” defendido por Durkheim, que se referia às características do pensamento social, distinguindo-as do pensamento individual*”,

O conhecimento ou percepção de determinados conceitos ou da realidade é resultante dos processos de comunicação e do pensamento social. Tal como refere UMANÃ (2002:11), as representações sociais sintetizam explicações e em consequência fazem referencia a um tipo específico de conhecimento que tem um papel crucial na forma como as pessoas pensam e organizam a sua vida quotidiana, ou seja, o senso comum ou pensamento social. Este é responsável pela forma de agir e pensar. O senso comum tem uma componente cognitiva, afetiva e simbólica orientando a conduta das pessoas e permitindo o estabelecimento de uma comunicação efetiva.

As representações sociais visam compreender e explicar o universo envolvente e agir com e para com os outros. Estas são fruto das experiências vividas, informações, conhecimentos transmitidos pela educação, cultura, média... e traduzem opiniões, crenças, estereótipos, normas, valores responsáveis pelos princípios lógicos, interpretativos e orientadores das práticas e condutas que regem a sociedade.

As representações sociais permitem-nos compreender a forma de pensar da população, as relações que são estabelecidas, atribuição de valorização/classificação do que nos envolve, comunicação, a qual se baseia mediante a criação e recriação das representações sociais e atuação que está condicionada pelas mesmas (SANDOVAL, 2002:37) .

No que se refere ao conceito de enfermagem, este tem subjacente toda uma história que lhe confere uma imagem social. No entanto, o que é ser enfermeiro? O que é que se espera de um enfermeiro? Como é visto o enfermeiro pelo mundo que o rodeia?

Quando decidimos ser enfermeiros baseamo-nos e identificamo-nos com a sua representação social.

De acordo com FIGUEIREDO (2004:74), para os alunos de enfermagem, a componente relacional é o aspecto mais importante na questão do ser enfermeiro, segue-se a essência do

cuidar, a capacidade de adaptação a novas situações, a formação técnica e científica e a autonomia. De acordo com a mesma autora:

“sobressai, por um lado, o carácter prático da profissão e, por outro, a ideia de que, quando todas as ações se esgotam para outros técnicos, o enfermeiro tem sempre algo mais a fazer, movido não só pelos suportes da prática, como também pela complexidade do cuidar.”

A vertente técnica da profissão, funções interdependentes, as quais foram durante muito tempo a imagem social da enfermagem, não são tão valorizados pelos alunos.

De acordo com COLLIÉRE (2004:91), a enfermeira encontra-se fundida com a arte do cuidar, com a vocação para o exercício da profissão e com uma identidade sexuada relacionada com o aspecto do cuidar, que desde sempre esteve intimamente ligado ao papel desempenhado pela mulher. Este *“mito fusional”*, como refere COLLIÉRE, identifica a enfermeira como prestadora de cuidados, negligenciando todas as atividades que não estejam ligadas a exames médicos e tratamentos.

Embora este estudo não se situe como uma pesquisa de representação social, não se desconhece que explorar imagens de ‘bom enfermeiro’ no conteúdo de discursos de docentes de enfermagem trará questões subjacentes ao imaginário coletivo deste profissional.

3.6.4. Evolução da Bioética:

O termo Bioética foi utilizado pela primeira vez por Fritz Jahr em 1927, num artigo que escreveu para um periódico alemão, onde define o termo bioética como o

“reconhecimento de obrigações éticas, não apenas com relação ao ser humano, mas com todos os seres vivos” (GOLDIM, J., 2006).

O seu desenvolvimento dá-se mais tarde, anos sessenta e setenta, impulsionada por grandes alterações das estruturas políticas, tecnológicas e sociais, onde inúmeros movimentos sociais organizados reivindicavam o “respeito pela diferença e ao pluralismo moral”, colocando em voga várias questões éticas. (MUÑOZ, D., 2003)

Nesta época surge então a consolidação da bioética enquanto disciplina.

O termo “bioética” surgiu então novamente em 1970, citada por Van Ressenlaer Potter, através da sua obra literária *Bioethics, bridge to the future*. (GARRAFA, V. 2010)

Para Potter, a bioética significava a “ponte” entre a vida humana no seu mais amplo sentido e sustentabilidade ambiental. No entanto, a sua designação ao longo dos tempos passou a ser mais centrada nas questões essencialmente biomédicas. (GARRAFA, V. 2010)

Dos marcos mais importantes nesta consolidação são frequentemente citados a criação do Hasting Center (1969), cuja finalidade foi a de “promover o exame da ética e dos valores em relação à medicina e aos avanços científicos”; o Kennedy Institute of Ethics (1971), considerado “pioneiro na institucionalização da bioética”; o caso Tuskegee (que teve início em 1932), onde pessoas de raça negra foram submetidas a um estudo sobre sífilis não tratada, nunca tendo sido informadas sobre o objetivo das observações nem dos riscos inerentes ao estudo e cujo o tratamento com penicilina (disponível a partir de 1946) nunca lhes foi concedido. Esta situação veio a público em 1972, tendo influenciado a criação de uma Comissão Nacional para Proteção dos Sujeitos Humanos em Pesquisa Biomédica e Comportamental (1974). Passados 4 anos de trabalho (1978) esta mesma Comissão realiza o Relatório de Belmont, no qual é proposto a articulação de três princípios éticos, que “promoveriam bases conceituais para a formulação, a crítica e a

interpretação de dilemas morais envolvendo a pesquisa científica” sendo eles o princípio do Respeito pela pessoa, princípio da Beneficência e o princípio da Justiça. (MUÑOZ, D., 2003).

Em 1979 é então publicado o livro “*Princípios da Ética Biomédica*”, consolidando a **teoria principalista** da bioética na qual estão englobados os quatro princípios éticos: autonomia, beneficência, não maleficiência e justiça.

Mais tarde, na década de 90, começaram a surgir críticas ao modelo “principalista”, reivindicando a necessidade de respeitar os diferentes contextos sociais e culturais e as respectivas interpretações morais.

A teoria principalista mostrava-se, no entanto, ineficaz na resolução de algumas problemáticas como as “disparidades socioeconômicas e sanitárias, coletivas e persistentes, registradas na maioria dos países periféricos da parte sul do mundo” (GARRAFA, V. 2010).

Desta forma, em 2001, no Sexto Congresso Mundial de Bioética realizado em Brasília, aprofundou-se a necessidade de incorporar temas sociais e políticos atuais, nomeadamente as discrepâncias socioeconômicas existentes entre os ricos e os desfavorecidos. Desta forma a questão ética “adquiriu identidade pública deixou de ser considerada apenas uma questão de consciência a ser resolvida na esfera privada ou particular, de foro individual ou exclusivamente íntimo” (GARRAFA, V. 2010).

Posteriormente, nos Congressos Mundiais que se seguiram foi possível auferir diversas declarações tais como o Compromisso pela Dignidade Humana (2002), Declaração sobre VIH/SIDA (2002), Declaração de Gijón contra a Fome e a Pobreza (2009)...

É também de ressaltar a importância das reuniões realizadas pela UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) na evolução da Bioética, as

quais deram origem à Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos (1997), Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos (2003) e à Declaração Universal sobre a Bioética e Direitos Humanos (2005). De acordo com GARRAFA, V. (2010) a aprovação desta última declaração “significou uma espécie de atestado de reconhecimento mundial e maioria da bioética”.

Posto isto, a Bioética alargou campo de estudo, passando a abarcar também “os direitos humanos e a cidadania, a priorização no acesso à saúde, a preservação da biodiversidade e o equilíbrio do ecossistema, a exclusão social, as diferentes formas de discriminação etc.” (GARRAFA, V. 2010).

Cuidado Ético

Tal como já foi mencionado no início deste projeto, a essência da profissão de enfermagem assenta no cuidar que remonta ao início das civilizações.

Para ZOBOLI (2004), a palavra cuidado “*significa cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação*” havendo uma ligação entre a “*atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro*” e “*uma preocupação e inquietação advindas do envolvimento e da ligação afetiva com o outro*” por parte do cuidador, estando os valores morais inerentes a este processo.

Os valores éticos encontram-se então ancorados ao ato de cuidar, numa constante preocupação com a bioética no que respeita aos princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, e com as virtudes tendo em conta a relação enfermeiro-utente nas dimensões próprias da medicina, espirituais, voluntárias, afetivas, sociais e religiosas.

De acordo com ZOBOLI (2004), Carol Gilligan e Nel Noddings abordam a ética do cuidado numa corrente feminista/feminina, uma vez que as mulheres, moralmente, sentem-

-se na “*obrigação de cuidar*”, enquanto que os homens sentem-se no “*dever de respeitar as pessoas protegendo-as de qualquer interferência em sua autonomia ou nos direitos à vida e à auto-realização*”, ou seja, prevalece moralmente a “*ética da justiça*”.

A “*ética do cuidado*” baseia-se então numa consciencialização das relações interpessoais e da responsabilidade, do “*entendimento moral*” que daí advém, bem como da “*convicção de que a comunicação é o modo de solucionar conflitos*” (ZOBOLI, 2004). Assim sendo, a centralidade na resolução de problemas de forma não violenta, prende-se com a perspetiva de que as pessoas envolvidas não são adversários, são sim participantes “*interdependentes de uma rede de relacionamentos cuja continuidade resulta essencial para a manutenção da vida de todos*”.

A “*ética do cuidado*” deve ainda surgir como uma “*virtude ativa*”, que é resultante de um “sentimento natural de cuidado” e de memórias que possam guiar a sua conduta.

Virtude

A ética das virtudes surge como resposta às questões levantadas ao modelo principalista, enfatizando-se as qualidades e as atitudes das pessoas.

As virtudes têm como base o fazer o bem, o agir no bem, tendo em conta o bem moral ético, profissional, espiritual, científico, social, cultural, religioso... pressupõe que se tenha consciência dos atos praticados.

Esta teoria defende que “ não são os princípios, mas o caráter virtuoso dos agentes que torna possível a moralidade das ações” (PETRY, F., 2005).

Segundo Edmund Pellegrino e David Thomasma, citado por PETRY, as virtudes na base da prática médica, são imperativas no alcance do bem do doente. Estes defensores da ética das virtudes centram-se no princípio da beneficência, ou seja, na aptidão do

profissional do profissional de saúde em fazer o bem, em prol do bem do doente. Refere ainda que a finalidade da medicina “não é apenas a cura, mas uma espécie de restabelecimento da saúde (*healing*), a qual não se refere, exclusivamente, ao corpo, mas também à saúde psicológica e social” acrescenta ainda que “restabelecer a saúde do paciente, então, implica não só curar a doença das pessoas, mas também a retomar sua vida normal através do poder sobre si mesmas” (PETRY, F., 2005).

Desta forma a teoria das virtudes em conjunto com o princípio da beneficência permite ao doente recuperar a sua autonomia que por vezes se vê condicionada pela enfermidade.

IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 – Escolha das Imagens

Das fotografias/imagens de enfermeiros nos mais variados contextos/épocas utilizadas para orientar as entrevistas projetivas, a mais escolhida, selecionada por oito enfermeiros, foi a de uma enfermeira de raça negra que presta cuidados a um homem de meia idade raça branca, olhando-o nos olhos, esboçando um sorriso enquanto efetua um procedimento técnico. O ambiente tem bastante luminosidade e assemelha-se ao quarto de uma casa/lar. Apesar da relação entre a enfermeira e o utente aparentar ser de proximidade, a enfermeira encontra-se num nível um pouco mais alto que o paciente, parecendo olhá-lo de cima para baixo. Nesta fotografia, a parte da imagem em que está o utente encontra-se mais sumida, menos nítida, pelo que não deixa visualizar o seu rosto de forma bem definida. Estas características podem transparecer a tendência à verticalização da relação enfermeiro-utente, em contradição com uma linguagem de cuidado, cumplicidade, proximidade, que cercava esta escolha apontando para uma horizontalização.

No que se refere à presença de uma mulher negra a serviço de um homem branco, podem ser levantadas algumas questões, como por exemplo: Qual o lugar da mulher e da raça negra num mundo predominantemente masculino e branco? É de notar que também na área da saúde existe uma predominância/verticalidade médica e masculina na sua organização e divisão social do trabalho. Outra das perguntas possíveis seria se as mulheres e os negros têm o seu lugar num mundo branco e masculino devido ao enfraquecimento do grupo dominante e não pelo seu fortalecimento e emancipação.



Figura 1: Foto 9

A segunda fotografia mais escolhida, por três enfermeiros, foi a de uma enfermeira junto da comunidade, aparentemente num país subdesenvolvido, onde ausculta um bebé ao colo da sua mãe, num espaço que parece ser o exterior da sua casa, com uma criança, provavelmente um irmão pequeno, ao pé. O técnico de saúde encontra-se vestido de forma casual. Embora, esta fotografia aparente o cuidar junto do utente e família, tendo em conta as suas necessidades “in loco”, este técnico de saúde, não a aparenta relação de proximidade com o doente pois o está centrado na técnica e a mão disponível, que poderia tocar/sentir, encontra-se escondida atrás das costas. O facto de estar no espaço exterior da casa torna o ato ainda mais impessoal e não deixa tomar percepção de eventuais necessidades que esta família tenha, como por exemplo, alimentação, higiene, saneamento....



Figura 2: Foto 11

Posteriormente, a terceira fotografia mais escolhida, selecionada por 2 enfermeiros, foi a de uma enfermeira e um paciente de mãos dadas. Esta fotografia não mostra rostos, apenas o apertar de mãos e pela a posição em que se encontram dá a entender que a enfermeira se encontra de frente para o doente, ao lado da sua cama e que segura com as suas mãos a mão de uma pessoa que, pela pele enrugada, aparenta ser idosa. Nesta imagem não é dado o enfoque à parte técnico-científica da profissão mas sim à relação de empatia, de proximidade, de cumplicidade, de aproximação, ao toque enquanto instrumento terapêutico, à essência do cuidar...



Figura 3: Foto 12

Em quarto lugar foram escolhidas 3 fotografias, cada uma selecionada por um enfermeiro.

Foi selecionada a de um profissional de saúde com a mão por cima da mão do doente em primeiro plano, ambas as mãos em cima do que parecem ser as grades de uma cama, ou seja, uma barreira física entre os dois, encontrando-se em segundo plano o rosto

do paciente desfocado que aparenta ser uma criança. Encontra-se ao lado da cama do paciente, no entanto pela posição das mãos não parece encará-lo.

A outra fotografia foi a de uma enfermeira a avaliar a tensão arterial a uma jovem hospitalizada. Nesta fotografia a enfermeira encontra-se também num plano superior ao do doente, o que também sugere um plano de verticalidade nos cuidados e não de horizontalidade, não encara o doente nem o doente encara o enfermeiro, parecendo não existir uma relação estabelecida, dando ênfase apenas à componente técnico-científica da enfermagem.

Por último, a outra fotografia selecionada demonstra a avaliação de um doente no interior do que parece ser a sua casa, ou seja, no seu contexto de vida. Existe um enfermeiro que avalia o doente, acompanhado de uma equipa multidisciplinar. O enfermeiro encontra-se no nível acima do doente, observa-o, no entanto o doente não o encara.



Figura 4: Foto 1



Figura 5: Foto 6



Figura 6: Foto10

4.2 Perspetivas da imagem de enfermeiro ético

Tendo em conta o primeiro objetivo delineado para este estudo, através dos conteúdos das entrevistas realizadas, foram colhidos dados que permitem formar uma imagem do que é o enfermeiro ético para os docentes da UCP.

No decorrer da leitura e análise dos dados foi possível auferir uma imagem com diferentes perspetivas para o que seria um enfermeiro ético.

Embora na generalidade das entrevistas não fossem abordados diretamente os diferentes princípios éticos, através dos discursos de cada um dos entrevistados a satisfação desses mesmos princípios encontra-se subentendida.

Assim, posteriormente à transcrição e leitura das entrevistas realizadas defini as unidades de registo presentes no quadro que segue.

Cabe explicar que, para melhor compreensão deste estudo, ‘bom enfermeiro’ e ‘enfermeiro ético’ são tomados como expressões de sinonímia. ‘Bom enfermeiro’ é a tradução de ‘good nurse’, termo usado nas publicações inglesas. Enfermeiro ético é a expressão brasileira para ‘bom enfermeiro’. Em Portugal, após pesquisa bibliográfica realizada, posso dizer que a expressão mais utilizada é a de “bom enfermeiro”, pelo que ao longo do trabalho poder-se-ão encontrar as duas expressões.

Unidades de Registo:
a) O Enfermeiro ético é competente aos mais diversos níveis;
b) O Enfermeiro ético não descarta o aperfeiçoamento profissional/ atualização contínua dos seus conhecimentos;
c) O Enfermeiro ético prima pela excelência no exercício da profissão;
d) O Enfermeiro ético protege e defende a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum;
e) O Enfermeiro ético assume o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido;
f) O Enfermeiro ético colabora com outros profissionais em programas que respondam às necessidades do doente/família/comunidade;
g) O Enfermeiro ético respeita a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa;
h) O Enfermeiro ético, no desempenho das suas funções, mantém um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão.

a) O Enfermeiro ético é competente aos mais diversos níveis.

Nesta perspectiva ética, ser-se competente aos mais diversos níveis compreende ser-se capaz, ter conhecimentos aprofundados nas diversas vertentes da Enfermagem, seja ela técnica, científica ou humana/relacional.

“(...)com uma grande capacidade de conhecimentos de base científica(...) com boa capacidade de observação, de comunicação(...)” (E1)

Grande parte dos discursos analisados deixa bem claro que para se ser um bom enfermeiro tem que haver interligação destes conhecimentos de forma a conseguir satisfazer todas as necessidades dos doentes:

“Um bom enfermeiro é um profissional que tem muitos conhecimentos em termos teóricos, teórico-práticos, da enfermagem de todas as áreas envolventes, e que consegue olhar para uma pessoa que está doente e perceber quais são as necessidades que o doente não consegue satisfazer por si, identificá-las e tentar resolver os problemas que os doente tenham, sejam numa componente mais humana sejam numa componente técnica.” (E3)

“(...)em termos do bom enfermeiro eu acho que claro que as competências se interligam, não me chega só o cuidar emocional, portanto, a pessoa tem que ter ferramentas práticas, técnicas(...)” (E5)

“(...)engloba as 3 competências do enfermeiro que é o saber ser baseado no conhecimento, o saber fazer, que ela está a fazer muito bem, e o saber estar(...)” (E9)

“(...)saberes muito bem integrados(...)” (E15)

Embora na análise realizada a integração das três competências sejam abordadas como fulcrais na construção do bom enfermeiro, alguns dos entrevistados atribuem maior importância à componente humana e relacional não descurando no entanto a importância das outras competências:

“(...) é uma mistura de muitas coisas, mas é fundamentalmente a relação que se consegue estabelecer com o outro(...)” (E2)

“(...) as questões do bom e do mau enfermeiro tem muito a ver com o que eu destaco com as competências humanas e relacionais, efetivamente, para além das competências técnicas(...)” (E5)

“(...)alguém que tem competências cognitivas, científicas, instrumentais, tem destreza manual, tem competência técnica mas tem uma componente humana(...)” (E13)

“(...)um enfermeiro só pode ser um bom enfermeiro(...) se efetivamente tiver as três dimensões das competências, onde uma das quais é a relação terapêutica, a parte comunicacional das relações(...)” (E16)

Não obstante, existem também relato de que o saber científico é imperativo na construção do bom enfermeiro, sendo que a componente humana pode ser utilizada como uma ferramenta não menos importante e muito útil na prestação dos cuidados:

“(...)olhar a pessoa, estar com ela, junto dela, estar próxima, escutá-la, dar-lhe atenção, envolver-se de alguma forma nas preocupações do doente, mas é preciso fazer isto tudo com saber científico.” (E6)

b) O Enfermeiro ético não descarta o aperfeiçoamento/atualização contínua dos conhecimentos;

A Enfermagem enquanto prática profissional é algo que se aprende, que se constrói.

Constrói-se baseado nos conhecimentos que adquirimos ao longo do tempo, nas experiências que vivenciamos... através do crescimento profissional e pessoal tal como ficou evidente nos seguintes discursos:

"(...) ser um bom enfermeiro é qualquer coisa que se constrói. Que se constrói naquilo que a pessoa é também enquanto pessoa. E portanto a formação que essa pessoa tem no âmbito da enfermagem e que depois se enquadra naquilo que a pessoa é, naquilo que a pessoa pensa, nas suas experiências de vida(...)"

(E2)

"(...) para chegarmos a ser bons enfermeiros temos que fazer uma caminhada(...)" (E5)

Para se ser um enfermeiro ético é imperativo desenvolver as diferentes competências e integrá-las na prática em conjunto. Para tal é necessário passar-se por um processo de crescimento, aprendizagem e aperfeiçoamento:

"(...)a técnica está certa, (..) é competente nessa área, mas que se calhar já passou um bocadinho o limite dessa competência, já está bastante seguro nessa área e já está aqui a desenvolver outras áreas (...) mais complexas como é a comunicação." (E12)

"(...)processo (...) de transformação é descentralizarmos desta prática avançada para pensarmos numa enfermagem avançada" (E16)

c) O Enfermeiro ético prima pela excelência no exercício da profissão:

Para se conseguir uma excelência no exercício da profissão existem inúmeras características que foram mencionadas pelos diferentes entrevistados, que formam uma imagem mais abrangente do bom enfermeiro e da sua prática de enfermagem, através das múltiplas perspetivas que se revelaram.

Em primeiro lugar encontra-se evidente a pró-atividade, o ir ao encontro das necessidades do utente/família/comunidade:

"Alguém inquieto, alguém que não se deve acomodar, alguém que procura e que vai, e que não espera que as pessoas venham até eles trazer os seus pedidos, alguém que procura as verdadeiras necessidades, alguém que está atento a tudo o que aparece, alguém que consegue olhar para uma pessoa e eventualmente detectar necessidades de saúde(...)" (E1)

Outra das características que ficou subentendida na análise dos discursos foi a capacidade de avaliação tal como se pode verificar no excerto que se segue:

"(...) alguém que tem esta capacidade de avaliação, alguém que tem uma visão(...)" (E1)

A promoção dos cuidados de saúde e a eficiência foram outros dos aspectos referidos no que respeita à excelência do bom enfermeiro:

"(...)alguém que promove os cuidados de saúde(...)" (E1)

"(...)responde eficaz e eficientemente às necessidades da pessoa sejam de que dimensão for(...)" (E4)

"(...) capaz de responder às necessidades do utente e saber também dar resposta ao problema específico que o doente tem." (E7)

Ainda na construção da excelência do cuidar, aparece também em destaque a intencionalidade terapêutica, ou seja, de acordo com os relatos que se seguem, para se conseguir ser um bom enfermeiro não importa só a técnica, os conhecimentos ou a relação que se estabelece se, aliado a tudo isto, não estiver uma intenção, uma finalidade terapêutica:

"(...) o bom enfermeiro tem que ter aliado à técnica em si a intenção de cuidar." (E5)

"(...) a componente relacional, não num cuidar leigo, mas no cuidar atento às necessidades efetivas do momento." (E5)

"Às vezes basta o estar e a forma como se está, como se escuta, como se dá a mão, mesmo que o doente não o peça, numa situação limite, numa situação de desespero, alguém que chega, senta, que está conosco ali numa presença mais do que física, uma presença efetivamente humana, alguém que efetivamente não nos pertence, não pertence à família, (...) e é uma pessoa que está ali porque identificou determinado tipo de necessidades e está ali para colmatar essas necessidades." (E5)

"O facto de estar ali em escuta pode nem articular palavra com a pessoa de quem cuida, mas tem que ter uma intencionalidade terapêutica, e se é importante para a pessoa e ele apercebeu-se de que é importante para a pessoa a sua presença ali, efetivamente há uma intervenção de enfermagem em curso que pode planeada, que pode ser avaliada posteriormente em termos de

impacto na pessoa, mas não se esta por qualquer coisa, está-se porque houve um diagnóstico, houve uma sensação de que há uma necessidade que tem que ser explorada e o enfermeiro tem essa disponibilidade, mais do que a técnica em si, mais do que o cumprimento da prescrição terapêutica, mais do que fazer tudo direitinho até ao final do turno, portanto, seja em que contexto for, a intencionalidade terapêutica é o que distingue efetivamente o enfermeiro de outros técnicos(...)" (E5)

"(...) sabia o que é que estava a fazer, portanto tinha o conhecimento(...) de tudo o que era a ciência da enfermagem, ou seja, sabia o porquê da razão do que estava a fazer(...)" (E15)

Através destes discursos podemos também depreender a importância do papel de uma escuta ativa para que seja possível acompanhar o doente e família no seu processo de saúde/doença tendo em conta as suas reais necessidades.

Na análise das entrevistas foi também possível subentender como características da excelência do cuidar a importância da sensibilidade e da disponibilidade:

"(...)tem que estar com as pessoas, tem que estar junto das pessoas, tem que estar atenta às pessoas, ou à pessoa e incondicionalmente tem que partilhar da vivência da pessoa(...)" (E6)

"(...)alguém que desenvolveu uma sensibilidade humana fundamentada em valores éticos, sensibilidade humana essa e valores éticos esses que definem o profissionalismo(...)" (E11)

"(...)procurar a pessoa e não tanto a técnica (...) procurar a relação com a pessoa(...)" (E12)

"(...)ser competente tecnicamente mas que saiba, que esteja disponível para ajudar o outro no seu processo de saúde e doença, na sua evolução, nas suas transições, no seu processo de vida(...)" (E14)

"(...)tem um crescimento (...) maduro dela própria, conhece-se si própria, sabe os seus limites, sabe as suas crenças, sabe quem é como pessoa (...) e (...) através desse seu autoconhecimento também consegue-se por no ponto de vista do outro(...)" (E15)

Ao rol de percepções transmitidas do que é um bom enfermeiro juntam-se também o cuidar holístico em que a pessoa é vista como um todo, e não como um procedimento, uma técnica a efetuar ou uma patologia; e a prestação de cuidados em prol do doente/família/comunidade, onde o trabalho é efetuado junto do doente/família/comunidade:

"(...)consegue cuidar do outro atendendo a (...) vertentes todas, ou seja, não espartilha, não vê a outra pessoa segmentada(...)" (E13)

"(...)acredita que a visibilidade da enfermagem, que agora é um tema que se discute tanto, que se faz através dos utentes e com os utentes e com a família dos utentes(...)" (E16)

d) O Enfermeiro ético protege e defende a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum:

Na análise efetuada o enfermeiro ético é também visto como alguém defensor dos interesses do doente, ou seja, que protege o utente de todas as agressões quer sejam elas físicas ou psíquicas... alguém de confiança e que transmite segurança:

"(...) preserva a sua forma de viver e de estar no mundo, defendendo-a de agressões, sempre que possível, agressões dos outros ou do meio ambiente(...)"

(E4)

"(...) tem que dar confiança, porque temos que confiar em quem cuida de nós(...)" (E5)

"(...)dando segurança a pessoa(...)" (E10)

e) O Enfermeiro ético assume o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido.

De acordo com os dados recolhidos das entrevistas, para se ser um bom enfermeiro é também necessário conhecer as necessidades do utente/família/comunidade. Para tal, é imperativo identificar as suas necessidades através da sua observação no seu contexto, de forma a conseguir ir ao encontro dessas mesmas necessidades e satisfazer as que são passíveis de ser satisfeitas através dos cuidados de enfermagem:

"(...)ser enfermeiro, é ir à procura, ir ter com as pessoas e observar as suas necessidades no seu próprio contexto onde elas vivem" (E1)

"(...)despertar para outras necessidades que estejam no contexto da pessoa"
(E1)

"(...) o enfermeiro tem que(...) identificar as necessidades reais do doente e de tentar dar-lhes resposta" (E3)

"(...) colocar o utente, a pessoa a quem prestamos cuidados, como o centro ou o alvo dos nossos cuidados, naquilo que é a pessoa enquanto pessoa e a pessoa no seu meio, seja familiar, seja social(...)" (E5)

"(...) promoção da vida também em qualquer circunstância, vida esta que(...) tem sempre contextos determinados." (E11)

"(...)esclarecer no concreto, aqui e agora, as necessidades de saúde, obviamente privilegiando aquelas que são sensíveis aos cuidados de enfermagem(...)" (E8)

f) O Enfermeiro ético colabora com outros profissionais em programas que respondam às necessidades do doente/família/comunidade:

Para os professores da UCP, a componente do trabalho em equipa é também importante, pelo que é possível depreender na análise das entrevistas a importância do papel do enfermeiro no seio de uma equipa multidisciplinar, como uma fusão dos diferentes papéis que se complementam em prol do bem-estar do doente:

"(...) competências de trabalho em equipa, nas ditas relações inter ou trans-disciplinares que tanto apostamos, e isso é o enfermeiro no seio de uma equipa de saúde." (E5)

"(...)isto sugere-me também uma equipe multidisciplinar, não percebo a enfermagem hoje em dia sem isto, sem esta complementariedade ah... e sem este o estarmos entre outros e termos objetivos comuns mas ao mesmo tempo

definirmos o que é que fazemos e porque é que somos importantes para as pessoas." (E11)

g) O Enfermeiro ético respeita a integralidade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa:

Cada ser humano, para além de ser uma pessoa provida de sentimentos, história de vida, tem também uma família, uma cultura, integra uma determinada posição social e de acordo com tudo isto, em toda a sua complexidade, tem necessidades específicas.

Este aspeto é frisado numa das entrevistas, referindo que para se ser um bom enfermeiro, em primeiro lugar, é preciso conhecer o outro:

"(...)conhece o utente na sua globalidade, conhece o outro na sua globalidade não só biológica, mas psíquica, as suas necessidades biológicas, psíquicas, espirituais, culturais, sociais(...)" (E15)

Outra das informações recolhidas dá importância à compreensão da pessoa na sua integralidade:

"(...)perceber melhor, enquadrar melhor e entender melhor e ser um bocadinho fieis àquela filosofia de perceber a pessoa na sua circunstância, no seu ambiente, na sua multiculturalidade(...)" (E11)

No entanto não chega só conhecer e compreender o outro, tal como refere outro dos docentes é também necessário aceitar o outro no seu todo:

"(...)aceitar as pessoas nos seus próprios contextos e nas suas próprias manifestações de forma de vida" (E1)

"(...) sempre tendo em conta a sua autonomia e a sua independência, e sempre valorizando a pessoa aquilo que a pessoa é na sua particularidade." (E2)

"(...)Uma boa enfermeira, como eu disse, é uma pessoa que olha o doente no seu todo(...)" (E6)

"(...) olha também para o doente no seu todo, no seu todo com as suas preocupações,(...) que tem a sua família, a sua história de vida, tem a sua intimidade e preserva todas essas características." (E7)

"(...)aceitando o outro tal e qual como é, nas condições que tem(...)" (E8)

"(...)uma pessoa que está atenta à outra pessoa no seu todo(...) vê-a no seu todo e compreendê-la no seu todo com as suas necessidades físicas, sociais, psicológicas, espirituais." (E13)

Complementando o que foi anteriormente descrito, de acordo com outro dos discursos recolhidos, um enfermeiro ético compreende também o ser capaz de saber cuidar aos mais diversos níveis, tendo em conta a integralidade da pessoa:

"(...)fisicamente, emocionalmente, espiritualmente, a todos esses níveis que seja capaz de saber ajudar e cuidar." (E14)

h) O Enfermeiro ético, no desempenho das suas funções, mantém um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão:

Outra das componentes integrantes do enfermeiro ético compreende a conduta/comportamento/postura que o enfermeiro tem de forma a honrar o nome da sua profissão.

Nas transcrições realizadas podemos observar que vários enfermeiros davam importância ao padrão de conduta, mencionando através dos seus discursos alguns dos aspectos integrantes da mesma: o zelo, o comportamento, a gestão das emoções, a junção das 3 competências (científica, relacional e prática) com o saber ser e o saber estar, o equilíbrio aos mais diversos níveis, fardamento, postura, compaixão e o autoconhecimento/conhecimento dos seus limites:

"Exige de facto que a pessoa seja zelosa da sua intervenção, da sua formação, do seu comportamento, da gestão das suas emoções e dos seus pensamentos, porque se não for assim, eu posso ser um mero bom executante das técnicas nos mais variados contextos, mas se calhar não estou a ser um bom enfermeiro."
(E2)

"(...) reúne os diferentes saberes, o saber científico, o saber ser, o saber estar, aliado depois a toda a técnica" (E6)

"(...) postura correta, a nível físico, o que me leva a perceber que também psicologicamente ela está bem, é uma pessoa que está equilibrada(...) equilíbrio emocional, equilíbrio psicológico, sabe bem a postura que tem que ter à frente do seu doente, é uma pessoa que transmite confiança," (E9)

(...)muito bem vestida, como enfermeira está muito bem fardada(...) (E9)

"(...)a postura com que nós nos colocamos perante as pessoas é extremamente importante(...)" (E10)

*"sabia-se relacionar(...), sentia compaixão, ah... era uma enfermeira que... (...)
saber ser como pessoa, portanto, que vai muito mais além(...)" (E15)*

*"(...)é uma enfermeira que conhece o outro, mas que se conhece a si própria
também(...)" (E15)*

"(...) saber ser, saber estar, o saber saber, o saber fazer também(...)" (E15)

Através das diferentes entrevistas foi possível constatar que as características/competências inerentes ao enfermeiro ético diferem entre os diferentes entrevistados. A relação de ajuda/terapêutica, a comunicação, vertente humana são no entanto os aspectos que mais se salientam.

Penso ainda que a diversidade de conceitos enunciados nas diferentes respostas criam uma imagem muito interessante do que é ser um bom enfermeiro.

Em suma, esta perspectiva da imagem de enfermeiro ético remete-nos ainda um pouco para a essência do cuidar, no entanto já muito direccionada para a prática atual de uma enfermagem proativa, em constante atualização e que contempla a junção das competências técnico-científicas e humanas, como base de uma intencionalidade terapêutica, remetendo-nos para uma enfermagem avançada.

4.3 As perspectivas da imagem de enfermeiro ético e as vertentes da Bioética

No segundo objetivo deste estudo procurou-se reconhecer em cada perspectiva da imagem de enfermeiro ético pontos que permitissem identificar os aspectos da Bioética escolhidos inicialmente como referenciais deste estudo: o Principalismo (Autonomia, Beneficência, Não Maleficência, Justiça), o Cuidado ético e as Virtudes.

a) O Enfermeiro ético é competente aos mais diversos níveis;

Nesta perspectiva de imagem ética assume-se o cumprimento do Código Deontológico, no entanto não é uma perspectiva definida de alguma das correntes da Bioética. A Bioética engloba também o cumprimento do Código Deontológico no entanto é muito mais do que isso.

Os princípios da Bioética vêm como que modelar a ação do Enfermeiro de forma a que, no decorrer da sua atividade, seja passível de cumprir com as suas obrigações éticas.

Os princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça decorrentes da vertente principalista ajudam na orientação do dever profissional estando sempre latentes em todas as suas atividades tal como podemos ver no excerto que se segue:

"(...)alguém que desenvolveu uma sensibilidade humana fundamentada em valores éticos, sensibilidade humana essa e valores éticos esses que definem o profissionalismo(...)" (E11)

Desta forma, para um enfermeiro ser competente aos mais diversos níveis, ser profissional no bom sentido da palavra, tem também que se saber reger pelos princípios da bioética. Neste ponto específico, estes princípios não se aplicam diretamente, no entanto devem encontrar-se latentes de forma a orientar a conduta profissional. É importante também perceber que para se conseguir ser um enfermeiro ético, se conseguir promover a autonomia, a justiça, a beneficência, a não maleficiência, é necessário ser-se competente tanto ao nível técnico-científico como humano.

**b) O Enfermeiro ético não descarta o aperfeiçoamento profissional/
atualização contínua dos seus conhecimentos;**

O aperfeiçoamento profissional e a atualização continua dos conhecimentos é deveras importante no que respeita ao cumprimento dos princípios éticos.

A área da saúde está constantemente em mudança, elevando-se frequentemente problemas éticos aos quais é necessário dar resposta e agir em conformidade.

Desta forma, a formação contínua/atualização dos conhecimentos, a assimilação dessa mesma informação, tornam-se imperativos no cumprimento dos princípios éticos. Ora vejamos alguns exemplos:

Como é possível promover a autonomia do doente sem saber os recursos que temos disponíveis?

Será ético prestar determinado tipo de cuidados que durante muitos anos sempre foram prestados, no entanto, segundo estudos recentes, o contraindicam?

Como nos é possível proteger os nossos utentes/família/comunidade por exemplo em situações de urgência/emergência... se não soubermos atuar em conformidade?

Como podemos gerir de forma justa os cuidados a prestar se não soubermos realizar uma triagem eficiente das suas necessidades?

Estes são apenas meros exemplos nos quais se encontram latentes os princípios do modelo principalista que, em caso da não atualização dos conhecimentos e das normas de conduta que regem a profissão são passíveis de não ser cumpridos. Tendo em conta que a desatualização profissional pode gerar malefícios ou não beneficiar o utente, sem essa atualização não é possível ser-se um enfermeiro ético, não é possível fazer o bem, ser-se virtuoso...

Além dos princípios, nas entrevistas realizadas subentende-se a necessidade inconsciente da atualização desses conhecimentos, da mobilização das suas virtudes para a prática, da enfermagem enquanto construção pessoal e profissional, tal como podemos verificar nos seguintes excertos:

"(...)é qualquer coisa que se constrói(...) naquilo que a pessoa é também enquanto pessoa(...) a formação que essa pessoa tem no âmbito da enfermagem(...)" (E2)

Ainda assim, em nenhuma das entrevistas fica explícita a consciencialização dos princípios da bioética nesta área específica que é o aperfeiçoamento profissional/atualização contínua dos seus conhecimentos.

c) O Enfermeiro ético prima pela excelência no exercício da profissão;

Relativamente aos princípios éticos presentes neste ponto temos os princípios da beneficência, das virtudes e do Cuidar.

Através da análise dos conteúdos das entrevistas recolhidas, vários foram os excertos que ligaram a conduta do bom enfermeiro aos princípios éticos acima mencionados.

No que se refere ao princípio da beneficência, fica claro quando alguns dos entrevistados ligam nos seus discursos as características do enfermeiro ético ao enfermeiro que faz/promove o bem, que ajuda o utente/família/comunidade:

"(...)responde eficaz e eficientemente às necessidades da pessoa sejam de que dimensão for(...)" (E4)

"(...) capaz de responder às necessidades do utente e saber também dar resposta ao problema específico que o doente tem." (E7)

O modelo das virtudes encontra-se aqui também subentendido através da percepção por parte dos entrevistados da importância da atenção à saúde como um bem essencial ao bem estar do utente, ao referir que o enfermeiro ético é:

"(...)alguém que promove os cuidados de saúde(...)" (E1)

Um enfermeiro virtuoso promove a saúde, ajuda na prevenção da doença, protege a pessoa para que nenhum dano ponha em causa a sua autonomia.

Neste ponto, o enfoque ao qual foi dado mais ênfase foi ao cuidado ético.

É bastante evidente o reconhecimento pela maioria dos entrevistados da importância das relações estabelecidas, do vínculo estabelecido na relação terapêutica e da manutenção do vínculo do doente com as suas raízes, com os seus princípios, crenças...

Desta forma são mencionados pontos chave no âmbito da intencionalidade terapêutica; da sensibilidade e disponibilidade que não existem se não for estabelecida essa relação terapêutica; e do cuidar holístico, que nos remetem para a primazia do cuidado ético na construção do bom enfermeiro:

"(...) o bom enfermeiro tem que ter aliado à técnica em si a intenção de cuidar."

(E5)

"(...) a componente relacional, não num cuidar leigo, mas no cuidar atento às necessidades efetivas do momento." (E5)

"(...)tem que estar com as pessoas, tem que estar junto das pessoas, tem que estar atenta às pessoas, ou à pessoa e incondicionalmente tem que partilhar da vivência da pessoa(...)" (E6)

"(...)consegue cuidar do outro atendendo a (...) vertentes todas, ou seja, não espartilha, não vê a outra pessoa segmentada(...)" (E13)

Torna-se evidente nos excertos acima mencionados a importância da relação de empatia, de disponibilidade, sensibilidade para os problemas ou vivências do outro... estas virtudes são um meio para atingir um fim, ou seja o bem estar do doente.

Em suma, para os docentes da UCP, há uma clara presença de alguns dos enfoques da bioética na construção/condução do que é ser um enfermeiro ético.

d) O Enfermeiro ético protege e defende a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum;

Nesta perspectiva a vertente que transparece em alguns dos discursos é a da beneficência, que realça através das palavras chave confiança e segurança:

"(...) tem que dar confiança, porque temos que confiar em quem cuida de nós(...)" (E5)

"(...)dando segurança a pessoa(...)" (E10)

Um enfermeiro ético pressupõe conseguir proteger o doente de todos os males ou danos que lhe possam ser causados e para isto é necessário transmitir segurança e estabelecer uma relação de confiança com o outro. Pode-se dizer que utente e enfermeiro têm de pautar sua relação na confiança mútua.

e) O Enfermeiro ético assume o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido;

É possível desvelar nos discursos um dos princípios da bioética, o da Justiça. Também se vêem elementos das Virtudes.

A justiça pressupõe o acesso à saúde aos mais diversos níveis de forma equitativa. Desta forma, ao se procurar cuidar das pessoas no meio onde elas vivem, atendendo a todas as suas necessidades, ao ir ao encontro de pessoas que não têm meios de, por si só, aceder ao sistema de cuidados, está-se a proporcionar um acesso igual aos cuidados de saúde

necessários ao seu bem-estar/resolução de problemas identificados, ou seja, à satisfação deste princípio que é a Justiça:

"(...)ser enfermeiro, é ir à procura, ir ter com as pessoas e observar as suas necessidades no seu próprio contexto onde elas vivem" (E1)

"(...) colocar o utente, a pessoa a quem prestamos cuidados, como o centro ou o alvo dos nossos cuidados, naquilo que é a pessoa enquanto pessoa e a pessoa no seu meio, seja familiar, seja social(...)" (E5)

"(...)esclarecer no concreto, aqui e agora, as necessidades de saúde, obviamente privilegiando aquelas que são sensíveis aos cuidados de enfermagem(...)" (E8)

Para tal é necessário também ser-se virtuoso, na medida em que ir ao encontro do outro muitas das vezes implica o acesso a locais não familiares com condições desconhecidas, o que se pode traduzir num risco para o próprio enfermeiro.

Desta forma é necessário também ter coragem, uma vez que, dependendo do contexto em que é desenvolvida a atividade de enfermagem, poderá expor-se a riscos/perigos muitas vezes não previsíveis.

Este aspecto está presente no excerto de uma das entrevistas, onde o enfermeiro ético é descrito como aquele que promove a saúde independentemente das circunstâncias encontradas:

"(...) promoção da vida também em qualquer circunstância, vida esta que(...) tem sempre contextos determinados." (E11)

f) O Enfermeiro ético colabora com outros profissionais em programas que respondam às necessidades do doente/família/comunidade;

O modelo das virtudes volta a ficar subentendido numa das entrevistas realizadas onde, ao falar da atuação do enfermeiro ético, é abordado o tema da integração/parceria na equipa multidisciplinar:

"(...)isto sugere-me também uma equipe multidisciplinar, não percebo a enfermagem hoje em dia sem isto, sem esta complementariedade ah... e sem este o estarmos entre outros e termos objetivos comuns mas ao mesmo tempo definirmos o que é que fazemos e porque é que somos importantes para as pessoas." (E11)

A confiança nos restantes membros da equipa multidisciplinar é outra virtude bastante importante na prestação de cuidados ao utente/família/comunidade, uma vez que um enfermeiro por si só pode fazer muito mas, muito provavelmente, não o suficiente para colmatar as necessidades do doente.

O enfermeiro ético trabalha em prol do doente, em parceria com os demais profissionais de saúde, confia, delega, sabe os seus limites e por isso confia no outro para dar seguimento e/ou complementar o seu trabalho.

g) O Enfermeiro ético respeita a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa;

O respeito pela integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa esteve presente em vários discursos sobre o que é ser um bom enfermeiro ou um enfermeiro ético.

À luz da bioética, um dos princípios que está mencionado numa das entrevistas é o da autonomia, a capacidade de decisão da pessoa de acordo com as suas crenças ou ideais e o respeito pelos mesmos:

"(...) sempre tendo em conta a sua autonomia e a sua independência, e sempre valorizando a pessoa aquilo que a pessoa é na sua particularidade." (E2)

Consegue-se também subentender nos excertos que se seguem o cuidado ético no sentido de cuidar da pessoa tendo em conta todas as suas necessidades e a sua envolvente, conhecendo-a, percebendo-a e aceitando-a na sua globalidade, com o cuidado de não romper esse vínculo relacional que o doente tem com a sua família, crenças, políticas...

"(...)aceitar as pessoas nos seus próprios contextos e nas suas próprias manifestações de forma de vida" (E1)

"(...)perceber melhor, enquadrar melhor e entender melhor e ser um bocadinho fieis àquela filosofia de perceber a pessoa na sua circunstância, no seu ambiente, na sua multiculturalidade(...)" (E11)

"(...)conhece o utente na sua globalidade, conhece o outro na sua globalidade não só biológica, mas psíquica, as suas necessidades biológicas, psíquicas, espirituais, culturais, sociais(...)" (E15)

h) O Enfermeiro ético, no desempenho das suas funções, mantém um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão.

Nesta perspectiva da imagem do enfermeiro ético, ficam subentendidos dois dos princípios da Bioética.

O princípio da não maleficiência pressupõe não causar nenhum mal ou dano ao doente/família/comunidade. Desta forma é imperativa a postura do enfermeiro na regulamentação da sua atividade. O zelo, o auto-conhecimento de si próprio como pessoa, como profissional e suas limitações são características fundamentais para fazer cumprir este princípio ético:

"Exige de facto que a pessoa seja zelosa da sua intervenção(...) do seu comportamento, da gestão das suas emoções e dos seus pensamentos(...)" (E2)
"(...)é uma enfermeira que conhece o outro, mas que se conhece a si própria também(...)" (E15)

Ainda nesta linha de pensamento, no que se refere à vertente ética do padrão de conduta pessoal , um enfermeiro ético descrito como aquele que sabe ser, sabe estar, se sabe relacionar e envolver com o outro deixando sobressair a vertente do cuidar ético:

"sabia-se relacionar(...), sentia compaixão, ah... era uma enfermeira que... (...)
saber ser como pessoa, portanto, que vai muito mais além(...)" (E15)

Em suma, na maioria das unidades de registo, os docentes deixaram subentendidos os referenciais da bioética inicialmente propostos, ainda que fosse muito raro mencioná-los de forma direta e específica.

Isto pode querer dizer que, embora não o fazendo de forma consciente e propositada, os docentes UCP do Curso de Licenciatura em Enfermagem têm estes princípios enraizados, servindo de elementos reguladores da conduta profissional que se refletem então na imagem por eles descrita do que é ser um bom enfermeiro, ou seja, um enfermeiro ético.

4.4 A imagem de enfermeiro ético e a enfermagem como prática profissional

Este estudo teve também como objetivo o delineamento de pontes e barreiras entre a imagem do enfermeiro ético e a enfermagem enquanto prática profissional.

Através da imagem delineada neste estudo foi possível perceber alguns pontos que podem influenciar positiva ou negativamente a articulação do que é ser um bom enfermeiro com a prática propriamente dita.

Foi possível verificar que a prestação dos cuidados de enfermagem centrados no doente permitem ao enfermeiro cuidar do doente na sua globalidade, detectar novos campos de ação, traçar planos de cuidados que respondam efetivamente às suas reais necessidades. Já o contrário, um cuidado centrado na Técnica despersonaliza o doente. O enfermeiro torna-se um mero executante de tarefas descurando o doente enquanto uma unidade biopsicossocial e cultural com inúmeras necessidades que necessitam de ser satisfeitas, não sendo por isso possível fazer cumprir os princípios da bioética, ou seja, um enfermeiro puramente tecnicista não é considerado um bom enfermeiro pois a enfermagem pressupõe muito mais do que a técnica.

Para que se pratique uma enfermagem focada nos princípios da Bioética é necessário estar com o doente, observar ou obter informações por diversas fontes do doente no seu contexto, das suas crenças... de forma a conseguir determinar eficazmente as suas reais necessidades. É importante participar na avaliação e levantamento das necessidades do doente, ter capacidade de observação e realizar um plano de cuidados direcionado e individualizado. Atuar de encontro a um plano pré-estabelecido por outrem, sem se fazer uma correta avaliação das necessidades, é um caminho para a prestação de cuidados não direcionados ao doente.

É importante não esquecer que o ser humano não é um ser estanque, está em constante mutação, pelo que as suas necessidades também se vão alterando.

Isto remete-nos para outra problemática: a competência. De acordo com a imagem delineada ao longo deste trabalho do que é ser um enfermeiro ético, uma das características apontadas por vários docentes prende-se com a competência, sendo que, para se ser um bom enfermeiro não é suficiente ser-se competente apenas num os campos, mas sim em todos eles. O ser competente implica a componente técnica, científica e relacional/humana. As três são importantes e quando alguma delas falha, a excelência do cuidar é também colocada em causa.

No que se refere à relação fica também explícito a importância da horizontalidade do cuidar, ou seja, a proximidade estabelecida com o doente, o trabalhar lado a lado, ao mesmo nível que ele, colaborar com o doente, partilhar/respeitar os seus valores para conseguir responder às suas necessidades. Uma relação enfermeiro-utente que não seja baseada neste ideal tem o seu trabalho dificultado.

Este tipo de cuidar permite também o aumento da proximidade terapêutica. Chegar ao doente e planear as nossas ações para prestar um cuidado ético torna-se muito mais fácil de conseguirmos estabelecer com o doente uma proximidade relação terapêutica, de proximidade, caso contrário, não conseguimos entrar na esfera do doente identificar e satisfazer as suas reais necessidades.

Outro dos aspectos que ficou explícito em uma das entrevistas prende-se com a satisfação profissional/motivação enquanto veículos para o que se chama de cuidar ético:

"(...)tem que ser qualquer coisa que tem que ser gratificante. E se é gratificante estou também a contribuir para eu ser um bom enfermeiro,

porque se eu estiver desmotivado, se eu estiver contrariado, seguramente isso vai-se transmitir e vai-me impedir de ser um bom enfermeiro." (E2)

Um enfermeiro insatisfeito, desmotivado, que não se identifique com a profissão não consegue chegar ao doente e cuidar dele da mesma forma como cuidaria se estivesse motivado e satisfeito.

O Enfermeiro ético é também visto como aquele que procura o doente, que tem capacidade de observação, autonomia para agir dentro das suas competências. Essa autonomia dentro da equipa multidisciplinar é essencial à boa prática, à motivação e satisfação do profissional. O enfermeiro é um elemento integrante da equipa, com funções específicas dentro da sua área de atuação e que trabalha em parceria com os restantes membros em prol do bem estar do doente, ou seja, com um objetivo comum. Quando essa autonomia lhe é retirada e assume um papel de mero tarefeiro, acatando apenas ordens superiores, o enfermeiro não consegue colocar em prática as suas competências, impossibilitando-o de realizar convenientemente o seu trabalho. Isto pode também ser um atentado à sua satisfação e motivação e, conseqüentemente, um prejuízo também para o doente que é o alvo dos seus cuidados.

Por último, outra das características traçadas para o bom enfermeiro prende-se com o aperfeiçoamento profissional/atualização contínua dos seus conhecimentos como uma mais valia na qualidades do bom enfermeiros e cuidados que presta.

Um enfermeiro que se preocupa em estar a par dos avanços técnico-científicos, da cultura política e social, propicia ao doente cuidados atualizados, mais seguros e direcionados para a resolução das suas necessidades, quer sejam eles os recursos hospitalares quer sejam recursos da comunidade, atuando desta forma de acordo com os diversos princípios da Bioética. A não atualização dos conhecimentos leva também à não

atualização da conduta, colocando em causa os próprios cuidados prestados ou seja, a eficiência e efetividade do trabalho desenvolvido.

No quadro que se segue vemos sintetizados os aspectos recolhidos das entrevistas que servem como pontes e barreiras entre a imagem do bom enfermeiro e a enfermagem enquanto prática profissional:

PONTES		BARREIRAS
<ul style="list-style-type: none"> Centralização do cuidado no Utente 		Centralização do cuidado na Técnica
<ul style="list-style-type: none"> Levantamento participativo das necessidades do doente 		Determinação externa das necessidades do doente.
<ul style="list-style-type: none"> Competência profissional 	VS	Incompetência profissional
<ul style="list-style-type: none"> Cuidado Horizontal 		Cuidado Vertical
<ul style="list-style-type: none"> Proximidade terapêutica 		Distanciamento Terapêutico
<ul style="list-style-type: none"> Satisfação profissional 		Insatisfação profissional
<ul style="list-style-type: none"> Autonomia profissional 		Subordinação/subserviência
<ul style="list-style-type: none"> Atualização dos conhecimentos 		Estagnação dos conhecimentos

V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivos construir uma imagem para o enfermeiro ético a partir das concepções dos docentes do curso de Licenciatura Enfermagem, confrontar essa mesma imagem com os referenciais da Bioética e traçar a partir desses mesmos discursos pontes e barreiras entre a imagem construída do bom enfermeiro e a enfermagem como prática profissional.

Teve como base uma pesquisa qualitativa, ancorando-se nos referenciais da bioética. A sua colheita de dados foi realizada através de 16 entrevistas semiestruturadas e projetivas, de resposta aberta, a enfermeiros docentes das diferentes áreas de atuação da UCP : Saúde infantil e Pediátrica, Saúde Mental e Psiquiátrica, Saúde Materna e Obstétrica, Enfermagem Comunitária, Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A imagem do enfermeiro foi-se construindo a partir da análise das entrevistas realizadas e baseia-se em oito perspetivas diferentes do que seria o enfermeiro ético. As perspetivas encontradas tiveram como base as normas de conduta do Código Deontológico do Enfermeiro, tendo sido realizada uma correlação entre o que foi sendo mencionado e alguns dos artigos e alíneas desse mesmo Código. As perspetivas encontradas a partir da análise do discurso foram as seguintes: *O Enfermeiro ético é competente aos mais diversos níveis; O Enfermeiro ético não descarta o aperfeiçoamento profissional/atualização contínua dos conhecimentos; O Enfermeiro ético prima pela excelência no exercício da profissão; O Enfermeiro ético protege e defende a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum; O Enfermeiro ético assume o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido; O Enfermeiro ético colabora com outros profissionais em programas que respondam às necessidades do*

doente/família/comunidade; O Enfermeiro ético respeita a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa; O Enfermeiro ético, no desempenho das suas funções, mantém um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão.

Nas diversas entrevistas os docentes foram enumerando as qualidades do que era para eles um bom enfermeiro, enunciando as qualidades sempre pela positiva. A correlação direta com os princípios éticos foi realizada apenas por duas vezes, ficando latente no restante discurso, o que nos remete para a os princípios éticos como um dado intrínseco adquirido, que são cumpridos de forma automática, não consciencializada, mas que no entanto são normativos da conduta do enfermeiro ético.

Relativamente às perspetivas encontradas, nenhuma faz menção direta às vertentes principalista, das virtudes e do cuidado, deixando esses mesmos valores subentendidos no decorrer do discurso. No que se refere às normas regentes do Código Deontológico do enfermeiro, esta sim, encontram-se mais explícitas nas entrevistas recolhidas. O Código Deontológico é regido pelos valores éticos, no entanto a Bioética é muito mais que o Código, assume todo um conjunto de princípios normativos que, em conjunto com o código deontológico orientam para a prática de excelência.

Desta forma, na perspectiva de que *O Enfermeiro ético é competente aos mais diversos níveis*, podemos encontrar latente o modelo principalista, pois as diversas competências adquiridas o enfermeiro não consegue prestar cuidados tendo em conta nenhum desses mesmos princípios.

Relativamente ao *Enfermeiro ético não descarta o aperfeiçoamento profissional/atualização contínua dos conhecimentos*, encontramos também subentendidos os modelos principalista e das virtudes, uma vez que a não atualização dos conhecimentos

põe em causa os cuidados prestados ao doente e consequentemente todos os princípios da teoria principalista e das virtudes deixam de ser aplicados.

Quando se diz que o *Enfermeiro ético prima pela excelência no exercício da profissão* temos presentes os princípios da beneficência, das virtudes e do cuidar, subentendidos quando alguns dos entrevistados referem que o enfermeiro ético é aquele que faz/promove o bem, que ajuda o utente/família/comunidade, que percepciona a saúde como um bem essencial ao bem estar do utente.

Relativamente ao enfoque do cuidado ético torna-se notória a importância dada através da componente relacional/vínculo estabelecido na relação terapêutica e da manutenção do vínculo do doente com as suas raízes, com os seus princípios, crenças... e a enumeração de diversas virtudes como um meio para atingir um fim, ou seja o bem estar do doente.

No que se refere à perspectiva de *O Enfermeiro ético protege e defende a pessoa humana das práticas que contrariem a lei a ética ou o bem comum*, o princípio que transparece em alguns dos discursos é o da beneficência que se faz realçar através das palavras chave confiança e segurança. Um enfermeiro ético pressupõe conseguir proteger o doente de todos os males ou danos que lhe possam ser causados, ajudar, proteger o outro e para tal é necessário transmitir segurança e estabelecer uma relação de confiança com o outro.

Quanto à perspectiva de que *O Enfermeiro ético assume o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido*, na análise realizada, subentendem-se dois dos princípios da bioética, o da Justiça e das Virtudes uma vez que a justiça pressupõe o acesso à saúde aos mais diversos níveis de forma equitativa independentemente do contexto em que o doente se encontre.

O modelo das virtudes pode também encontrar-se na perspectiva de *O Enfermeiro ético colabora com outros profissionais em programas que respondam às necessidades do doente/família/comunidade*, através da importância da atuação do enfermeiro numa equipa multidisciplinar e relativamente aos princípios da autonomia e do cuidar através da perspectiva de que *O Enfermeiro ético respeita a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa*, estes podem-se verificar através do cuidar da pessoa tendo em conta todas as suas necessidades e a sua envolvente, presente em vários discursos sobre o que é ser um bom enfermeiro; ou a autonomia pela capacidade de decisão da pessoa de acordo com as suas crenças ou ideais e o respeito pelos mesmos.

Na perspectiva *O Enfermeiro ético, no desempenho das suas funções, mantém um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão* ficam subentendidos os princípios da não maleficiência e do cuidar ético. O primeiro pressupõe não causar nenhum mal ou dano ao doente/família/comunidade sendo imperativos a postura e o conhecimento dos seus limites na regulamentação da sua atividade e o saber ser, sabe estar, se sabe relacionar e envolver com o outro imprescindíveis no cuidar ético.

Relacionando as perspetivas encontradas sobre a imagem do enfermeiro ético com a enfermagem enquanto prática profissional foram identificadas algumas características que favorecem ou dificultam a prática. Desta forma, as pontes encontradas entre a imagem do enfermeiro ético e a enfermagem enquanto prática profissional são: centralização do cuidado no utente, levantamento participativo das necessidades do doente, competência profissional, cuidado horizontal, proximidade terapêutica, satisfação profissional, autonomia profissional e atualização dos conhecimentos. No que se refere às barreiras temos: a centralização do cuidado na técnica, determinação externa das necessidades do

doente, incompetência profissional, cuidado vertical, distanciamento terapêutico, insatisfação profissional, subordinação/subserviência e estagnação dos conhecimentos.

Através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas foi possível verificar que as linhas orientadoras da imagem do bom enfermeiro se sobrepunham, no entanto cada um dos entrevistados enfatizava determinado tipo de características que outros não valorizavam tanto.

A enfermagem enquanto profissão tem vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos e, conseqüentemente, a imagem que cada pessoa tem do enfermeiro ético vai-se também alterando e construindo.

Em entrevistas realizadas a alguns dos docentes, foi referido que a imagem do bom enfermeiro se altera quando se passa do lugar de prestador de cuidados para o lugar de receptor de cuidados.

Posto isto penso que seria interessante realizar este mesmo estudo a receptores de cuidados de forma a compreender o que podemos mudar na nossa atitude, postura, conduta para irmos de encontro às necessidades efetivas da população, ou seja, complementar a imagem do enfermeiro ético, dando primazia à excelência do cuidar.

IV - Referências Bibliográficas

ABREU, W. – **Identidade, formação e trabalho – Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros**. Lisboa: Formasau, 2001, 1ª ed. ISBN: 972-8485-21-2.

ALAVI, C.; CATTONI, J. - **Good nurse, bad nurse**. Journal of Advanced Nursing. 1995; 21: 344-349.

ARRUDA, A. - **Teoria das Representações Sociais e das Representações de Género**. Cadernos de Pesquisa, nº 117, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15555.pdf> consultado a 22 de Julho 2010.

BARDIN, L. – **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009, 5ª Ed. ISBN: 978-972-44-1506-2.

BATISTA, A., et al.- **Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro**. Rev. da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2005; 39(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000100011&lang=pt consultado em 21 julho 2010.

CARVALHO, M. – **A Enfermagem e o Humanismo**. Loures: Lusociência, 1996. ISBN: 972-8383-00-2.

COLLIÈRE MF. - **Cuidar... A primeira arte da vida**. Loures: Lusociência, 2003, 2ª ed. ISBN: 9728383-53-3.

CORBIN J; STRAUSS A. - **Basics of qualitative research**. 3ª ed. California: Sage Thousands Oaks; 2008.

CORTINA, A. - **Ética de la razón cordial: educar en la ciudadanía en el siglo XXI**. 2ª ed. Oviedo: Nobel, 2007.

ELIAS, M.; NAVARRO, V.- **A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, 2006; 14(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400008&lang=pt consultado a 21 de Julho 2010.

FAGERSTRÖM, L. - **The dialectic tension between ‘being’ and ‘not being’ a good nurse**. Nursing Ethics. 2006; 13(6): 621-632.

FEALY, G.M. - **‘The good nurse’: visions and values in images of the nurse**. Journal of Advanced Nursing. 2004; 46(6): 649-56.

FIGUEIRDO, A. – **À conquista de uma identidade –Enfermeiros Recém formados, entre o hospital e o centro de saúde**. Lisboa: Climepsi editores, 2004, 1ª ed. ISB: 972-796-152-5.

FLICK, U. – **Métodos Qualitativos na Investigação Científica**. Lisboa: Monitor, 2005, 1ª Ed. ISBN: 972-9413-67-3.

FORTIN, M.F. – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009, p.618, ISBN:978-989-8075-18-5.

GAUTHIER, B. - **Investigação Social: Da problemática à Colheita dos Dados**. Loures: Lusociência, 2003, 3ª Ed. ISBN: 972-8383-55-X.

GUERRA, I. – **Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - Sentidos e formas de uso**. Cascais: Príncípia, 2010, 3ª ed. ISBN: 978-972-8818-66-1.

HESBEEN, W. – **Cuidar no Hospital**. Loures: Lusodidacta, 2000, s.ed. ISBN:972-8383-11-8.

MARZIALE, M.- **Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem.** Rev. Latino-Am.Enfermagem. Ribeirão preto, 2001; 9(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-11692001000300001 consultado a 21 julho 2010.

MEDEIROS, S; RIBEIRO, L.; FERNANDES, S.; VERAS, V. - **Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2006;8(2):233-40. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm.> consultado a 21 de Julho 2010.

NAUDERER, T.M.; LIMA, M.A.D.S.- **Imagem da enfermeira: revisão da literatura.** Rev Bras Enferm., 2005; 58(1):74-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000100014> consultado a 30 de Agosto de 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **10 Anos – Enfermagem em Portugal.** Brochura [Internet]. 2008. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Brochura_10anos2008.pdf> consultado a 16 de Dezembro de 2012

PETRY, F.- **Princípios ou virtudes na bioética?** Rev. Controvérsia, [Internet]. 2005; 1(1). Disponível em: <http://www.controversia.unisinos.br/index.php?e=1&s=9&a=35>> consultado a 04 de Novembro de 2012

ROCHA, S.; ALMEIDA, M. - **O processo de trabalho da enfermagem em Saúde Coletiva e a Interdisciplinaridade.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, 2000; 8(6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000600014&lng=pt&nrm=iso> consultado a 21 de Julho 2010

SARTORIO, N.A., ZOBOLI, E.L.C.P. - **Images of a ‘good nurse’ presented by teaching staff.** Nursing Ethics – no prelo.

SCOTT, P.A. - **Virtue, nursing and the moral domain of practice.** In: Tschudin, V.T., ed. Approaches to Ethics: Nursing beyond boundaries. Edinburgh: Butterworth-Heinemann, 2003. 1st ed. ISBN: 0-7506-5326-4

SELLMAN, D. - **The virtues in the moral education of nurses: Florence Nightingale revisited.** Nursing Ethics. 1997; 4(1): 3-10.

SMITH, K.V.; GODFREY, N.S. - **Being a good nurse and doing the right thing: a qualitative study.** Nursing Ethics. 2002; 9(3): 301-312.

UCP- **História.** 2010 disponível em:
<<http://www.ucp.pt/site/custom/template/ucptplportalpag.asp?sspageID=7&lang=1>>
consultado a 09 julho 2010.

VIEIRA, M. – **Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência.** Lisboa: Universidade Católica Editora, 209 2^a ed. ISBN: 978-972-54-0195-8.

WATSON, J. – **Enfermagem pós-moderna e futura: Um novo Paradigma da Enfermagem.** Loures: Lusociência, 2002, 1^a Ed. ISBN: 972-8383-37-1.

WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem.** Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9

ZOBOLI, E. - **A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações.** Rev. Esc. Enferm. USP. 2004; 38(1). Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/03.pdf>> consultado a 01 Maio 2010

Anexos:

Anexo 1

Imagens



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7



Figura 8



Figura 9



Figura 10



Figura 11



Figura 12



Figura 13

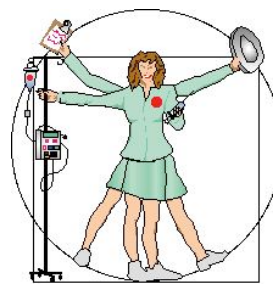


Figura 14



Figura 15



Figura 16



Figura 17

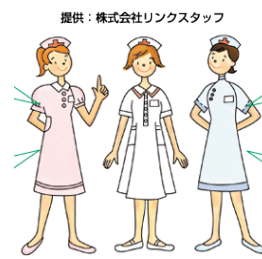


Figura 18

Anexo 2

Entrevistado nº _____

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

Idade: _____

Escola onde realizou a

graduação: _____

Ano de formação: _____

Área de atuação: _____

Grau Acadêmico: _____

Tempo de docência nesta escola: _____

Área de Ensino:

☐ Tutor de Ensino clínico ☐ Professor de Unidades curriculares teóricas/Teórico-práticas

Experiência profissional anterior à docência:

☐ Sim ☐ Não

Tipo de serviço:

☐ Hospital ☐ USF ☐ Outro serviço de saúde. Qual? _____

Anexo 3



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Cátia Isabel Marranita dos Santos, aluna de Mestrado do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Elma Zoboli e co-orientação da Prof.^a Dr.^a Margarida Vieira, venho solicitar sua participação no estudo **“Bioética e Enfermagem: pontes e barreiras entre a imagem de enfermeiro ético e a Enfermagem como prática social”**.

Esta pesquisa é qualitativa e tem como objetivo elaborar uma imagem ética para o enfermeiro, a partir das perspectivas de formadores de profissionais de enfermagem. Para a colheita dos dados será realizada uma entrevista com a duração média de 20 minutos, na qual lhe serão feitas perguntas abertas, a partir de fotografias que lhe serão apresentadas. O seu depoimento será gravado e transcrito para a análise de conteúdo.

A realização do estudo na instituição está autorizada pelos órgãos competentes. Sua participação é voluntária. Os dados obtidos nas entrevistas serão tratados de forma a assegurar sua privacidade e confidencialidade. A identidade dos participantes será mantida em sigilo. A senhora (o senhor) é livre para recusar a participação ou retirar seu consentimento em qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo.

Em caso de dúvidas ou para maiores informações sinta-se à vontade para entrar em contato com a pesquisadora, com a orientadora ou com a Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Cátia Isabel Marranita dos Santos. Telem: 963921840

Endereço: Palma de Cima | 1649-023 Lisboa

Comissão de Ética da UCP. Tel: 217214147

Lisboa, ____ de _____ de 20 ____.

Cátia Marranita Santos – Mestranda UCP

Anexo 4



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Eu, _____, concordo em participar no Estudo
:“**Bioética e Enfermagem: pontes e barreiras entre a imagem de enfermeiro ético e a
Enfermagem como prática social**” e declaro que recebi o termo de Consentimento Livre e
Esclarecido.

Lisboa, _____ de _____ de 20 _____

Anexo 5

AUTORIZAÇÃO DA UCP PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO:

Exmo. Sr. Diretor do ICS

Eu, Cátia Isabel Marranita dos Santos, aluna do 2º Mestrado de Gestão de Serviços de Enfermagem, com num. de aluno 192108009, venho por este meio pedir autorização para realizar o meu estudo de investigação no ICS da UCP e se necessário, ter acesso a dados internos referentes aos docentes que leccionam as Teóricas de Enfermagem e que fazem orientação de estágios tutelados, referentes ao curso de licenciatura em enfermagem.

Uma vez que me encontro a terminar o Mestrado académico, fase da dissertação de mestrado, necessito da vossa autorização para que possa prosseguir com o estudo e da informação pedida para que me seja possível caracterizar a população alvo do meu estudo que se intitula "Bioética e Enfermagem: pontes e barreiras entre a imagem do bom enfermeiro e a Enfermagem como prática profissional.

Obrigado pela Atenção disponibilizada

Peço deferimento

Cátia Isabel Marranita dos Santos

Lisboa, 30 de Julho de 2012

Pedido Nº 5643 de 2012

Centro: Serviços Académicos

Serviço: Requerimento

Tipo de Entidade: Aluno

Nº: 192108009

Nome: Cátia Isabel Marranita dos Santos

Curso: Mest Enf (nat acad)

Telemovel: 963921840

E-mail: catia_marranita@hotmail.com

Data do Pedido: 2012-07-30

Criado por Cátia Isabel Marranita dos Santos

Data de Finalização: 2012-12-10

Estado: Finalizado

Resultado:

- Deferido pelo Sr. Prof. Alexandre Castro Caldas.

